



Recommandé
Département Fédéral des Finances
Service juridique du DFF
Bernernhof
3003 Berne

Lausanne, le 25 octobre 2016

CONSULTATION: PRISE DE POSITION SUR LE PROJET DE REVISION PARTIELLE DE LA LOI SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

- 1 Nous vous remercions de votre invitation à vous faire part de notre prise de position dans la procédure de consultation sur la révision partielle de la loi sur le contrat d'assurance. L'Association des Courtiers en Assurances (ACA) représente les intérêts de 50 sociétés de courtage en assurances professionnelles et a un grand intérêt à pouvoir prendre position sur les dispositions en question.

I. REMARQUES GÉNÉRALES

- 2 L'ACA, dont les membres représentent les intérêts des assurés à l'égard des assureurs, reconnaît un besoin de mise à jour de la loi sur le contrat d'assurance qui est plus que centenaire et salue, par conséquent, la révision partielle. **L'ACA est d'avis que la révision partielle devrait s'appuyer sur le message du Parlement de mars 2013 et les indications claires du législateur qui y figurent.**
- 3 Le message du Parlement souhaitait que la LCA ne soit révisée que sur les points jugés nécessaires et listait les dispositions nécessitant une réglementation. En particulier, le message demandait une limitation appropriée du domaine d'application des dispositions impératives.

II. AU SUJET DES DISPOSITIONS PROPOSÉES PAR LA RÉVISION PARTIELLE

A. Droit d'action directe dans l'assurance RC (art. 60a avant-projet LCA)

- 4 Selon le nouvel art. 60a avant-projet LCA, la personne lésée doit avoir un droit d'action directe envers l'assureur. Les exceptions et objections que l'assureur peut opposer en vertu de la loi ou du contrat sont réservées (alinéa 1). De plus, la personne lésée doit avoir un droit de renseignement de la part du responsable

(alinéa 2). Le droit d'action directe ne s'appliquerait – à l'exception de l'assurance RC obligatoire – que pour les dommages corporels et matériels et non pas pour les dommages purement économiques (alinéa 3).

- 5 Un droit d'action directe et un droit de renseignement correspondants du lésé étaient déjà prévus à l'article 91 du projet de révision totale de la LCA, qui a été soumis en 2011 par le législateur. Il ressort clairement du message du Parlement que le législateur ne souhaitait réviser la LCA que dans la mesure où cela était nécessaire. Bien qu'à l'époque le droit d'action directe ait été soumis au législateur, il n'a pas été repris dans la liste des dispositions devant être nécessairement adaptées. Il est dès lors étonnant que le droit d'action directe soit à nouveau introduit dans le projet mis en consultation.
- 6 Le droit d'action directe ne peut pas être considéré comme une protection du consommateur en faveur du preneur d'assurance ou de l'assuré. Il n'existe en principe aucune nécessité d'avoir un droit d'action directe, car les assureurs mènent déjà régulièrement des négociations sur la réparation du dommage directement avec le lésé ou son représentant. Si un devoir de réparation du dommage est établi, les assureurs paient également directement le lésé. Par analogie, cela vaut aussi du côté du lésé. C'est pourquoi, il n'est pas évident que le lésé soit dans ces cas avantagé avec l'institution d'un droit d'action directe et de renseignement à l'égard du responsable.
- 7 Une introduction générale du droit d'action directe entraverait l'institution de la responsabilité civile, puisque le lésé s'adresserait au responsable. Dans ces circonstances, il y aurait en particulier d'importants problèmes de procédure, puisque l'assureur mis en cause pourrait, selon les circonstances, n'avoir que des connaissances insuffisantes des circonstances du cas RC en question et des objections possibles. Si l'assureur voulait faire un recours contre le preneur d'assurance ou l'assuré, il y aurait d'importantes difficultés pour établir des illégalités ou le non-respect d'obligations. Il y aurait aussi des problèmes en ce qui concerne la relation juridique entre l'assuré et le lésé d'une part et entre l'assuré et l'assureur d'autre part (par exemple si l'assureur n'a pas conduit la procédure avec le soin nécessaire). Cela irait non seulement à l'encontre des intérêts des assureurs, mais aussi de ceux des assurés, y compris de ceux des membres de l'ACA en tant qu'assurés, qui doivent conclure une assurance RC obligatoire et qui devraient pourtant compter avec la possibilité qu'un droit d'action directe puisse être exercé contre eux.
- 8 **Pour les raisons énumérées ci-dessus, l'ACA demande que l'article 60a du projet LCA soit entièrement et complètement radié et qu'il ne soit pas remplacé.**

B. Exceptions aux dispositions impératives de la LCA (art. 98a avant-projet LCA)

1. Le mandat dans le message du parlement

- 9 Le message du Parlement exigeait "une limitation appropriée du champ de protection". Il désignait la réglementation des grands risques selon l'avant-projet LCA 2011 de l'époque comme un "pas dans la bonne direction".
- 10 Dans ce projet, les grands risques étaient soumis sous certaines conditions à une liberté de choix du droit applicable. Le grand risque était défini à l'article 126, alinéa 3 de l'avant-projet LCA 2009.

2. Réglementation proposée dans l'avant-projet LCA 2016

- 11 Le projet en consultation ne parle plus des grands risques ni d'une liberté de choix de droit des parties en relation avec leur assurance, comme le prévoit le droit en vigueur sous certaines conditions.

2.1 Réglementation pour l'assurance transport

- 12 L'assurance transport est définie à l'article 98a de l'avant-projet LCA de manière plus étroite que dans le droit en vigueur¹, puisqu'il doit s'agir d'assurances de „risques professionnels ou commerciaux“. Il s'agit d'une définition plus étroite que dans l'UE² et ses Etats-Membres.
- 13 Nous ne voyons pas pourquoi les assureurs et preneurs d'assurance suisses devraient avoir moins d'options que ceux de l'UE. Ainsi, les preneurs d'assurance seraient désavantagés par rapport à leurs concurrents de l'UE, qui pourraient trouver une solution d'assurance plus flexible et adaptée à leurs besoins.
- 14 La formulation plus étroite que dans le droit en vigueur contredit aussi le message du Parlement, qui exigeait une "limitation appropriée du champ de protection" – et justement pas une extension du champ de protection. La réglementation actuelle d'exclure de manière générale les assurances transport des dispositions impératives (article 98, alinéa 2 LCA), a fait ses preuves. Le message du Parlement affirmait clairement que les dispositions qui ont fait leurs preuves devaient restées inchangées.
- 15 **C'est pourquoi l'ACA demande que les assurances transport soient de manière générale exclues des dispositions impératives.**

2.2 Réglementation pour l'assurance-crédit et l'assurance de cautionnement

- 16 L'article 98a avant-projet LCA exclue l'application des dispositions impératives et semi-impératives, à côté de l'assurance transport, aussi pour l'assurance-crédit et l'assurance de cautionnement, pour autant qu'il s'agisse d'assurances de "risques professionnels ou commerciaux". Il ressort du rapport explicatif que par "risques professionnels ou commerciaux" il faut généralement entendre grands risques.³
- 17 **L'ACA soutient par principe la nouvelle réglementation. Nous demandons toutefois, en référence au droit de l'UE, d'étendre la disposition en plus aux "risques industriels".**

2.3 Réglementation pour toutes les branches d'assurance

2.3.1 Notion de droit "risques professionnels ou commerciaux" peu claire

- 18 Selon l'article 98a de l'avant-projet LCA, les dispositions impératives et semi-impératives ne s'appliquent pas non plus à toutes les branches d'assurances, s'il s'agit d'un preneur d'assurance professionnel. Cependant, les

¹ Cf. art. 98 al. 2 LCA.

² Cf. art. 13 chiffre 27 lit. a et c de la Directive de l'UE sur la solvabilité (Directive 2009/138/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l'admission et l'exercice de l'activité d'assurance et de réassurance (Solvabilité II).

³ Rapport explicatif, p. 50, sur l'article 98a al. 1.

notions de corporation de droit public, respectivement d'entreprises disposant d'une gestion professionnelle des risques ne sont pas claires.⁴ Il y aurait ici une incertitude juridique en ce qui concerne la délimitation relevante en droit.⁵ Les membres de l'ACA, mais d'une manière générale également les assureurs et les preneurs d'assurance, ont besoin de savoir clairement si le preneur d'assurance est soumis ou non aux dispositions impératives. Pour cela, il pourrait s'agir soit d'exigences objectives clairement mesurables, soit aussi par exemple d'une déclaration écrite du preneur d'assurance, selon laquelle il dispose d'une gestion professionnelle des risques et qu'il ne souhaite pas être soumis aux dispositions impératives de la LCA.

- 19 Selon le message du Parlement, il convient d'utiliser des notions généralement reconnues de tous et qui ne sont pas sujettes à interprétation. Ce n'est pas le cas pour la notion de "gestion professionnelle des risques". **L'ACA demande qu'il soit clairement défini ce qu'on entend par "gestion professionnelle des risques".**

2.3.2 Les grands risques sont à exclure des dispositions impératives

- 20 Le message du Parlement demande une "limitation appropriée du champ de protection" et désigne la réglementation des grands risques au sens de l'avant-projet LCA 2011 comme un "pas dans la bonne direction". L'ACA comprend la mention explicite des grands risques dans le message du Parlement comme l'invitation à conserver la disposition de l'article 126 de l'avant projet LCA 2009 et à légiférer dans la direction du libre choix du droit applicable par les parties.
- 21 La réglementation des grands risques à l'article 126 de l'avant-projet LCA 2009, qui ne devait s'appliquer qu'aux contrats d'assurance dont le preneur ou l'assureur était domicilié dans un Etat avec lequel la Suisse a conclu une convention de droit public sur la reconnaissance d'exigences et de mesures de surveillance⁶, correspondait à l'article 101b lit. f LCA actuellement en vigueur. Ce dernier prévoit que, pour l'assurance des grands risques, les parties peuvent choisir n'importe quelle loi.
- 22 La réglementation actuelle de la LCA et de l'avant-projet LCA 2009 au sujet des grands risques s'oriente vers la réglementation du droit européen. Pour les grands risques est valable le libre choix du droit applicable. Les grands risques sont définis à l'article 13, chiffre 27, des directives européennes sur la solvabilité et ne connaissent pas de limitation au libre choix du droit applicable comme c'est le cas en droit suisse. Les Etats-Membres ont repris cette réglementation de libre choix du droit applicable pour les grands risques. Il n'y a aucune raison pour que les assureurs et preneurs d'assurance suisses soient privés de la liberté du choix du droit applicable pour les grands risques. Comme déjà mentionné, un libre choix du droit applicable permet au preneur d'assurance de trouver la solution d'assurance la mieux adaptée à ses besoins.
- 23 **Pour ces raisons, l'ACA demande que soient qualifiées de grands risques les entreprises d'une certaine taille et qu'elles soient exclues de l'application du droit impératif sans limitation. Du reste, il s'agit d'une prescription qui existe déjà et qui a fait ses preuves, non seulement en Suisse mais aussi dans l'UE et dans ses Etats-Membres.**

⁴ Cf. art. 98a al. 2 lit. e et f avant-projet LCA.

⁵ Cf. Rapport explicatif, p. 50, sur l'article 98 al. 2, qui ne se prononce pas sur le sujet.

⁶ Art. 118 avant-projet LCA 2009.

- 24 **Ainsi, l'ACA demande de clairement faire ressortir que pour les preneurs d'assurance professionnels et en relation avec les grands risques les articles 97 et 98 ne trouvent pas application pour toutes les branches d'assurance (et pas seulement pour les assurances-crédit, les assurances de cautionnement et les assurances transport).**

3. Dispositions transitoires

- 25 Le projet de révision partielle de la LCA ne contient pas de dispositions transitoires. Dans le sens de la sécurité du droit, l'avant-projet LCA ne devrait pas s'appliquer aux contrats en cours.

En restant à votre disposition pour toute question, nous vous adressons, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

ACA, Association des Courtiers en Assurances



Loïc Dubost, Président



Thierry Equey, Vice-président

**Associazione
Consumatrici e
Consumatori della
Svizzera Italiana**

strada di Pregassona 33
6963 Pregassona

Telefono
091 922 97 55

Fax
091 922 04 71

www.acsi.ch
acsi@acsi.ch

Département fédéral des finances
Service juridique du DFF
Bernerhof
3003 Berne

Par email à :
regulierung@gs-efd.admin.ch

Lugano, le 2 novembre 2016

Consulenze:

Infoconsumi

Casse malati

Pazienti

Contabilità domestica

Mercatino dell'usato:

Locarno

Prise de position sur la révision de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)

Monsieur le Conseiller fédéral,

L'Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ci-après, l'ACSI) vous remercie de l'avoir associée à la consultation susmentionnée et vous prie de trouver ses commentaires ci-dessous.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX



**La Borsa
della Spesa**

Telefono
091 922 97 55

bds@acsi.ch

L'ACSI salue la volonté de moderniser la LCA en proposant une nouvelle structure, plus claire et une terminologie simplifiée, plus compréhensible. Le projet de révision prend en compte plusieurs demandes des consommateurs. L'ACSI considère ainsi le projet comme globalement positif.

L'ACSI comprend la volonté qui a été exprimée par le Parlement de revenir avec un projet limité à certains points devant trouver un consensus. Néanmoins, il ne s'agit pour elle que d'une étape, et d'autres modifications de la LCA doivent être rapidement envisagées, en particulier concernant les courtiers.

Sous les commentaires de détails, nous soutiendrons certains points spécifiques tandis que nous proposerons certaines modifications ou ajouts.

Certaines nouveautés ou modifications ont de plus notre entier soutien. L'ACSI souhaite que celles-ci soient adoptées sans modification, ni affaiblissement. Il s'agit des points suivants :

- Introduction d'un droit de révocation (art. 2a et ss P-LCA)
- Assurance rétroactive (art. 10/10a P-LCA)
- Objet de l'assurance (art. 16 P-LCA)
- Aggravation / Diminution du risque (art. 28/28a P-LCA)
- Modification des conditions générales (art. 35 P-LCA)
- Résiliation ordinaire (art. 35a P-LCA)

Alleanza
delle organizzazioni
dei consumatori

acsi

frc

**KONSUMENTEN
SCHUTZ**

- Prolongation de la couverture (art. 35c P-LCA)
- Cas d'assurance en suspens (art. 35d P-LCA)
- Violation du contrat (art. 45 P-LCA)
- Nouvelle réglementation de l'assurance multiple (art. 46b et ss P-LCA)
- Abrogation des dispositions concernant l'assurance contre les dommages (art. 48 et ss, droit actuel)
- Exception d'exclusion limitée dans l'assurance RC obligatoire (art. 59 al. 2 P-LCA)
- Droit d'action direct dans l'assurance RC (art. 60a P-LCA)

Les dispositions qui ne font pas l'objet de commentaires plus précis sont également acceptées de notre part.

COMMENTAIRES DE DÉTAILS

Art. 2a ss P-LCA Droit de révocation

L'introduction d'un droit de révocation est évidemment un des points les plus positifs de la proposition de révision de la LCA. L'ACSI salue l'harmonisation qui est ainsi faite avec le délai fixé par l'art. 40e al. 2 CO en matière de démarchage et la suppression d'une exception qui n'a plus raison d'être avec l'abrogation de l'alinéa 2 de l'article 40a CO.

L'assuré sera ainsi désormais mieux protégé lorsqu'il se sent poussé à conclure notamment lors d'un passage d'un courtier à domicile. Cet article sera de plus bénéfique aux entreprises d'assurance qui bénéficieront d'une confiance plus importante de la part des assurés.

Art. 3 P-LCA Obligation d'information de l'entreprise d'assurance

L'ACSI salue les modifications qui sont faites à cet article qui amènent plus clarté pour l'assuré et qui permettent ainsi de garantir une bonne information de celui-ci.

Néanmoins, la forme de l'obligation d'information n'est pas prescrite dans la loi. Nous considérons évidemment qu'une information correcte doit se faire par écrit.

Il convient dès lors de modifier l'article 3 al. 1 2^e phrase dans ce sens : «...Elle doit le renseigner **par écrit et attirer son attention** sur :... ».

Art. 6ss P-LCA Réticence

L'ACSI salue le fait que cela soit le moment de la réponse aux questions sur les risques qui est désormais déterminant et plus, comme dans le droit en vigueur, celui de la conclusion du contrat. Néanmoins, le lien entre l'article 4 et 6 est évidemment essentiel : il faut que l'assuré puisse de manière compréhensible savoir exactement quels renseignements il doit donner à l'entreprise d'assurance. Prenons par exemple le cas d'une femme ayant eu un problème gynécologique diagnostiqué vingt ans auparavant : celui-ci s'est résolu avec un traitement médicamenteux et n'a pas eu de conséquences, elle a presque oublié avoir eu ce problème. Dans le cadre d'une assurance maladie complémentaire, doit-elle renseigner sur cette maladie ou non? Il faut que les questionnaires des entreprises d'assurance soient clairs et sans équivoque, comme cela est prévu à l'article 4.

Pour les cas bagatelles, c'est-à-dire sans conséquences une fois le traitement terminé, l'ACSI propose l'introduction d'un délai de 5 ans à la suite duquel, l'affection n'a plus à être mentionnée, à condition qu'elle soit sans séquelles connues.

L'ACSI constate régulièrement que ce sont les courtiers qui minimisent les problèmes à déclarer poussant ainsi à conclure un contrat. S'il y a ensuite réticente, il est impossible de se retourner contre le courtier qui a encouragé l'omission.

Art. 9 P-LCA Couverture provisoire

L'introduction d'une disposition au sujet de la couverture provisoire est positive. Le rapport précise toutefois concernant l'alinéa 1 que les conditions générales d'assurance ne font partie intégrante du contrat de couverture que si cela a été convenu. Or, cela ne ressort pas de la teneur de la rédaction de l'art. 9 al. 1. Pour plus de clarté et de précision, il serait dès lors utile de compléter l'art. 9 al. 1 avec cette phrase : « *Les conditions générales d'assurance ne font partie intégrante du contrat de couverture que si cela a été convenu* ».

Art. 12 LCA ~~Acceptation sans réserve~~

Le droit actuel qui prévoit que la police est acceptée si le preneur d'assurance n'a pas demandé la rectification dans les quatre semaines dès sa réception est particulièrement choquant. L'ACSI approuve dès lors l'abrogation de cet article. Mais cette abrogation laisse subsister un doute à ce sujet et nous proposons dès lors une nouvelle formulation :

Nouveau : Art. 12 Interdiction d'une fiction de l'approbation

Si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, l'entreprise d'assurance ne peut partir du principe que le preneur d'assurance accepte tacitement le contenu de la police par son absence d'opposition.

Art. 24 P-LCA Divisibilité de la prime

Dans le droit actuel, la divisibilité de la prime n'est sur le fond pas prévue. Les primes sont donc en principe dues même si l'assureur ne supporte plus aucun risque. Pour le preneur d'assurance, cela représente un désavantage qui n'est pas justifié d'un point de vue juridique. L'ACSI soutient donc le fait que soit introduit le principe de divisibilité de la prime dans son intégralité. L'abrogation de l'art. 42 al. 3 (Indivisibilité de la prime en cas de résiliation par le preneur d'assurance durant la deuxième année d'assurance - dont l'article 24 contenait un renvoi à cet article) est dès lors à saluer.

Par conséquence, la dernière exception à l'indivisibilité de la prime est également à supprimer : l'art. 24 al. 2, qui prévoit que la prime est due dans son intégralité lorsque le contrat devient nul et non avenue à la suite de la disparition du risque, doit être abrogé. Prenons l'exemple d'une prime pour l'assurance casco qui est due pour une année entière alors même que le véhicule a été volé au mois de mars. Dans ce cas, le contrat

d'assurance perd son contenu essentiel, à savoir le paiement des primes d'un côté et la prise de risques de l'autre côté. Si le risque n'est plus supporté par l'entreprise d'assurances, il n'y a pas de raison que le preneur ait encore une obligation de payer la prime.

Art. 27ss P-LCA Modification du contrat

L'ACSI se réjouit de la manière dont ont été rédigés les articles 27 et suivants du projet. En effet, la rédaction de ceux-ci explique de manière claire dans quelles circonstances le risque est aggravé et les conditions que le preneur d'assurance doit respecter.

Art. 35 P-LCA Modification des conditions d'assurance

L'ACSI salue la nouvelle teneur de l'article 35, qui considère comme nulles les clauses contractuelles prévoyant que les entreprises d'assurance peuvent modifier unilatéralement les conditions d'assurance lorsque les assurances ne portent pas sur des risques professionnels ou commerciaux. Le rapport précise à cet effet (p. 31): "un droit général unilatéral de modifier les CGA crée un déséquilibre choquant entre les parties, comme le démontre le simple fait que personne n'envisagerait d'accorder un droit similaire au preneur d'assurance". L'ACSI ne peut que se rallier à cette position.

Art. 34 LCA Responsabilité de l'assureur pour ses agents

L'ACSI ne comprend pas les raisons de l'abrogation de cet article. En effet, la question de la représentation dans l'assurance pose de multiples problèmes, notamment s'agissant des courtiers. Le simple renvoi à l'art. 101 CO, tel qu'indiqué dans le Rapport, ne règle pas suffisamment la question de la responsabilité de l'assureur, puisque cet article concerne la responsabilité pour des auxiliaires. Or, il n'apparaît pas clair de savoir si les courtiers sont concernés par cet article.

L'ACSI considère que la responsabilité de l'assureur pour ses agents, intermédiaires, auxiliaires ou encore courtiers, aurait au contraire dû être renforcée plutôt que supprimée.

Art. 35a P-LCA Résiliation ordinaire

Les contrats de longue durée sont très problématiques pour le consommateur, d'autant plus qu'ils sont souvent, dans le cadre des contrats d'assurance, reconduits tacitement. Le nouvel article 35a qui prévoit une possibilité de résiliation dès la fin de la troisième ou pour chacune des années suivantes avec un préavis de trois mois, même si le contrat a été conclu pour une durée plus longue, est à approuver particulièrement.

Art. 38 P-LCA Déclarations obligatoires en cas de sinistre

A l'alinéa 1bis, le projet prévoit que "si le contrat prévoit un délai pour la remise de l'avis de sinistre, ce délai doit être adéquat". Le terme "adéquat" n'est pas expliqué dans le rapport, ni défini. Il serait, à notre avis, plus compréhensible de le définir ou de le fixer précisément.

Art. 42 P-LCA Dommage partiel

L'ACSI estime que ce droit de résilier sur sinistre ne doit pas être possible pour l'assureur dans le cadre des assurances maladie. Ceci va dans le sens du nouvel article 35a al. 4 LCA.

Art. 46 P-LCA Prescription et déchéance

Il n'est aujourd'hui pas contesté que le délai de prescription de deux ans prévu par le droit actuel est beaucoup trop court. Le projet de révision prévoit un délai de prescription de cinq ans à l'art. 46. Cela est toujours trop court et ne correspond pas au délai de prescription usuel de dix ans prévu à l'art. 127 du Code des obligations. Il est également plus simple pour les consommateurs d'avoir des délais de prescription unifiés. L'ACSI demande dès lors de s'adapter au droit des obligations en prévoyant un délai de prescription de dix ans. L'article 46 devra donc être reformulé de la manière suivante:

"Les créances qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par dix ans à dater du fait duquel naît l'obligation".

Art. 90 P-LCA Transformation et rachat

La procédure d'épargne dans les assurances vie à capitalisation n'est vraiment pas transparente. Les assurés ne sont par exemple pas conscients des frais élevés découlant de ces contrats, comme les commissions dues. La réglementation actuelle est de plus très désavantageuse pour les assurés, puisqu'en cas de dissolution du contrat pendant les trois premières années, l'entier du capital assuré va dans les comptes de l'assureur. De telles dispositions seraient impensables dans le cadre de l'épargne bancaire.

L'article 3 al. 1 let f. prévoit désormais que l'entreprise d'assurance doit renseigner le preneur d'assurance de manière compréhensible sur les valeurs de rachat et de transformation, ainsi que les coûts liés à une assurance sur la vie susceptible de rachat. L'alinéa de l'art. 90 prévoit de plus que si la valeur de transformation est inférieure à la valeur minimum prévue, l'entreprise d'assurance accorde au preneur d'assurance un dédommagement approprié. Ces deux améliorations représentent pour l'ACSI le minimum qui est nécessaire à la protection de l'assuré. Il faudrait néanmoins définir ce que veut dire dédommagement approprié.

DISPOSITIONS À AJOUTER/MODIFIER

A modifier : Art. 1 LCA Proposition d'assurance

Le terme proposition d'assurance devrait être modifié, car il entraîne son lot de confusion auprès des assurés. Il faudrait parler de pré-contrat et non plus de proposition, car ce dernier terme laisse à penser que le document signé n'est pas contraignant, alors qu'il l'est pour l'assuré.

Cette modification concerne tous les articles où le terme proposition est mentionné.

A ajouter: Art. XX Acomptes



Si la créance qui résulte du contrat est contestée par l'entreprise d'assurance, l'ayant-droit peut, après que soit échu le délai prévu à l'art. 41 al. 1 LCA, demander le paiement d'acomptes à concurrence du montant non contesté.

Commentaire: Il arrive en effet fréquemment que la créance due par l'entreprise d'assurance ne soit sur le fond pas contestée, mais uniquement son étendue. Dans ce cas, il arrive souvent que l'entreprise d'assurance refuse de verser quoi que ce soit à l'ayant-droit, ce qui est une pratique choquante. L'ACSI propose donc d'introduire un article prévoyant que, pour la part qui n'est pas contestée, l'entreprise d'assurance doit payer des acomptes à l'ayant-droit.

A ajouter: Art. XX Réserves

¹ L'entreprise d'assurance ne pourra pas mettre de réserves si l'affection était bénigne ou si elle remonte à plus de 5 ans sans qu'elle n'ait occasionné de séquelles.

² La durée des réserves ne peut excéder 5 ans ou alors doit être médicalement motivée.

Commentaire: L'ACSI considère en effet qu'il est contraire à la sécurité du droit de mettre des réserves sur des situations bénignes ou de garder ces réserves passé un certain temps.

A abroger : Art. 40a al. 2 CO

Dans la mesure où la LCA contiendra désormais un droit de révocation, il n'y a plus de raison de garder l'exception prévue à l'art. 40a al. 2 CO qui prévoit que les dispositions relatives au droit de révocation en matière de démarchage à domicile ou de contrats semblables ne sont pas applicables aux contrats d'assurance. C'est la raison pour laquelle nous proposons d'abroger l'article 40a al. 2 CO

Nous vous remercions de l'attention et de la suite que vous porterez à notre prise de position et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Associazione Consumatrici e consumatori
della Svizzera italiana

Laura Regazzoni Meli – segretaria generale

L. Regazzoni Meli

Département : Ser. juridique
Traité par : P. Duboux
Tél. : 021.544.37.28

Département fédéral des finances
Service juridique du DFF
Bernerhof
3003 Berne



Pully, le 21 octobre 2016

Révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

Nous nous référons à votre courrier du 6 juillet 2016 et vous prions de trouver, en annexe, la prise de position d'Assura SA sur le projet de modification de la loi fédérale sur le contrat d'assurance.

Sur la forme, vous constaterez que nous avons repris le tableau synoptique, avec nos propositions de modifications concrètes mises en évidence en vert dans le texte, ainsi que des commentaires dans la dernière colonne du tableau.

Sur le fond, même si nous saluons l'intention de réviser la loi sur le contrat d'assurance, nous sommes forcés de constater que le projet mis en consultation va largement au-delà du mandat parlementaire donné au Conseil fédéral en mars 2013.

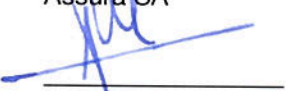
Qui plus est, le projet supprime sur de nombreux aspects la liberté contractuelle qui constitue pourtant le pilier de l'assurance privée. Ainsi, plusieurs propositions sont tout simplement inacceptables (not. art. 6 al. 3, 35, 35c, 35d et 45) ou font l'objet de contre-propositions dans le document annexé (not. art. 2a, 27 et 35a).

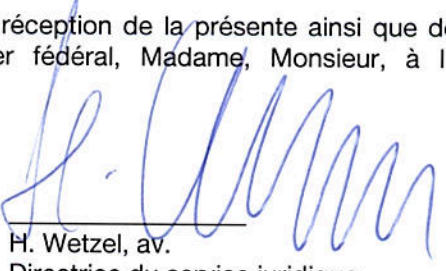
D'autre part, si l'intention de protéger les preneurs d'assurance est louable et également souhaitée par Assura SA, nous doutons que les nombreuses restrictions prévues dans le projet permettent d'atteindre ce but de manière optimale. Au contraire, certaines propositions seront assurément contre-productives et induiront, contrairement au but souhaité par le législateur, à une situation défavorable aux preneurs d'assurance (not. art. 35, 35a et 35c). Rappelons également que le marché de l'assurance est déjà largement surveillé et réglementé par l'autorité de surveillance. Il faut à tout prix éviter de l'étouffer par une loi trop restrictive.

Enfin, si le projet a une ambition non dissimulée – le nombre de dispositions révisées en est bien la preuve –, de changer significativement le paysage de l'assurance privée, il ne se donne, à notre avis, pas les moyens adéquats pour le faire. En particulier, alors que le projet s'apparente davantage à une révision totale de la loi, ceci en contradiction flagrante avec le mandat parlementaire, il n'est accompagné d'aucune étude d'impact, notamment en termes de répercussions économiques des modifications envisagées. En ce sens, la révision est clairement incomplète et ne saurait être portée devant le législateur sans avoir au préalable fait l'objet d'études complémentaires.

Nous vous souhaitons bonne réception de la présente ainsi que de son annexe et vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments respectueux.

Assura SA


V. Hort
Secrétaire général


H. Wetzel, av.
Directrice du service juridique

Annexe : ment.

Loi sur le contrat d'assurance (LCA) – tableau synoptique

Remarques générales : De manière générale, Assura loue l'intention de simplifier et de clarifier la structure de la loi. Elle doute cependant que le projet mis en consultation permette d'atteindre ces buts, tant certaines propositions créent plus de confusion et d'incertitude qu'elles n'en lèvent. D'autre part, l'introduction de nombreuses dispositions semi-impératives ôte la quasi-totalité de la liberté contractuelle des parties, ceci sans que le preneur d'assurance n'en soit forcément mieux protégé. En substance, si certaines dispositions sont les bienvenues, la plupart des innovations souhaitées par le législateur sont, à notre avis, trop protectionnistes à l'égard des assurés et risquent d'être contre-productives. Elles vont par ailleurs souvent au-delà du mandat parlementaire donné au Conseil fédéral en 2013 lors du renvoi de la révision totale à ce dernier. Enfin, on peut regretter l'absence d'étude économique sur les conséquences de certaines clauses (not. l'art. 35c du projet), alors que le mandat parlementaire précité limitait expressément les modifications à certains points énumérés, *eu égard aux conséquences financières*.

LCA	Révision LCA 2016 <i>Avec propositions d'Assura (en vert dans le texte)</i>	Position Assura <i>(en vert dans le texte)</i>
	Remplacement d'une expression	
	¹ Dans tout l'acte, a. «assureur» est remplacé par «entreprise d'assurance»; b. à d. ne concerne que le texte allemand.	
	² Il sera procédé aux ajustements grammaticaux nécessaires.	
I. Dispositions générales	I. Dispositions générales	
	Section 1 Conclusion du contrat	
Art. 1 Proposition d'assurance		
¹ Celui qui fait à l'assureur une proposition de contrat d'assurance est lié pendant quatorze jours s'il n'a pas fixé un délai plus court pour l'acceptation.		
² Il est lié pendant quatre semaines si l'assurance exige un examen médical.		
³ Le délai commence à courir dès la remise ou dès l'envoi de la proposition à l'assureur ou à son agent.		
⁴ Le proposant est dégagé si l'acceptation de l'assureur ne lui parvient pas avant l'expiration du délai.		
Art. 2 Propositions spéciales		
¹ Est considérée comme acceptée la proposition de prolonger ou de modifier un contrat ou de remettre en vigueur un		

contrat suspendu, si l'assureur ne refuse pas cette proposition dans les quatorze jours après qu'elle lui est parvenue..		
2 Lorsqu'un examen médical est exigé par les conditions générales de l'assurance, la proposition est considérée comme acceptée, si l'assureur ne la refuse pas dans les quatre semaines après qu'elle lui est parvenue.		
3 Ces règles ne s'appliquent pas à la proposition d'augmenter la somme assurée.		
	Art. 2a Droit de révocation	
	¹ <u>Le preneur d'assurance peut révoquer sa proposition de contrat d'assurance ou l'acceptation de ce dernier par écrit. La révocation peut également intervenir par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.</u>	La mention de « l'acceptation de ce dernier par écrit » prête à confusion. En effet, lorsque l'assureur ne répond pas à la proposition du preneur dans le délai de 14 jours de l'art. 1, il fait juridiquement une nouvelle offre, que le preneur est libre d'accepter, le cas échéant par actes concluants. Doit-on déduire du libellé de l'art. 2a al. 1 qu'il dispose alors de deux délais de révocation, un qui commence à courir dès sa proposition et un second qui commence à courir lorsqu'il accepte la nouvelle offre de l'assureur ? En l'état, le texte proposé ne permet pas de répondre à cette question, pas plus que le commentaire de l'avant-projet. Une réponse positive aboutirait à des résultats particulièrement injustes, puisque le preneur disposerait d'un ou de deux délais successifs en fonction de la célérité de l'assureur dans le traitement de sa proposition.
	² <u>Le délai de révocation est de quatorze jours et commence à courir dès que le preneur d'assurance a proposé ou accepté le contrat-l'envoi de la police d'assurance par l'assureur.</u>	Pour éviter l'écueil mentionné à l'alinéa 1, nous proposons de faire partir le délai de révocation dès l'envoi de la police d'assurance et non dès la proposition d'assurance. De cette manière, l'assuré pourra révoquer sa proposition une fois qu'il sera en possession de la police d'assurance et donc à un moment plus opportun pour lui.
	³ <u>Le délai est respecté si le preneur d'assurance communique sa révocation à l'entreprise d'assurance ou remet son avis de révocation à la poste le dernier jour du délai.</u>	
	⁴ <u>Le droit de révocation est exclu pour les assurances collectives de personnes, les couvertures provisoires, les conventions d'une durée inférieure à un mois et les assurances prescrites par la loi.</u>	

	Art. 2b Effet de la révocation	
	¹ La révocation a pour conséquence que la proposition ou l'acceptation par le preneur d'assurance le contrat d'assurance est considéré comme non avenu.	Cf. remarques sous art. 2a
	² Les parties doivent rembourser les prestations d'assurance reçues.	
	³ Le preneur d'assurance ne doit aucun dédommagement à l'entreprise d'assurance. Si l'équité l'exige, le Le preneur d'assurance doit rembourser à l'entreprise d'assurance les frais découlant de clarifications particulières que cette dernière a réalisées de bonne foi en vue de la conclusion du contrat (coûts d'un contrôle médical ou de l'analyse des risques par un service interne notamment). L'entreprise d'assurance peut facturer ces frais de manière forfaitaire, pour autant que le montant et le descriptif des frais soient clairement mentionnés dans les conditions générales d'assurance ou sur la proposition d'assurance.	La notion d'équité posera des problèmes d'interprétation, qu'il faut éviter à tout prix, ce d'autant plus que les montants en jeu ne seront jamais suffisants pour justifier la saisie de la justice sur la question. Le fait que les proposants n'auront pas à rembourser les frais administratifs internes de l'assureur en cas de révocation laisse à craindre que certains proposants signent avec légèreté des propositions d'assurance auprès de plusieurs assureurs, sans se soucier de l'impact en terme de temps consacré par chacun des assureurs sollicités. Nous estimons donc qu'il est juste et nécessaire que les proposants assument les éventuels coûts engendrés par le traitement de leur proposition, dans l'hypothèse où ils se rétractent. C'est en effet la seule manière pour ne pas voir apparaître un « tourisme » malsain en matière de proposition d'assurance.
	Section 2 Obligations d'information	
Art. 3	Art. 3 Obligation d'information de l'entreprise d'assurance	De manière générale, l'extension du devoir d'information risque plus de nuire aux preneurs que de les protéger, selon l'adage « trop d'information tue l'information ». D'autre part, les adaptations souhaitées contredisent le mandat parlementaire clair qui visait à laisser inchangées les dispositions introduites par la révision de 2006/2007.
¹ L'assureur doit, avant la conclusion du contrat d'assurance, renseigner le preneur de manière compréhensible sur son identité et sur les principaux éléments du contrat d'assurance. Il doit le renseigner sur :	¹ L'entreprise d'assurance doit, avant la conclusion du contrat d'assurance, renseigner le preneur d'assurance de manière compréhensible sur son identité et sur les principaux éléments du contrat d'assurance. Elle doit le renseigner sur :	
a. les risques assurés;		
b. l'étendue de la couverture d'assurance;	b. l'étendue de la couverture d'assurance et sur le fait qu'il s'agit d'une assurance de sommes ou d'une assurance contre les dommages;	En matière d'assurance-maladie complémentaire, les produits d'assurance qui mélangent assurance de somme et assurance dommage sont nombreux. L'information précontractuelle à ce sujet risque donc d'être trop abondante et devenir incompréhensible pour les proposants.
c. les primes dues et les autres obligations du preneur d'assurance;		

d. la durée et la fin du contrat d'assurance;		
e. les méthodes, les principes et les bases de calcul régissant la distribution des excédents et la participation aux excédents;		
f. les valeurs de rachat et de transformation;	f. les valeurs de rachat et de transformation <u>ainsi que les coûts liés à une assurance sur la vie susceptible de rachat;</u>	
g. le traitement des données personnelles, y compris le but et le genre de banque de données, ainsi que sur les destinataires et la conservation des données.		
	<u>h. le droit de révocation en vertu de l'art. 2a ainsi que sur la forme et le délai de la révocation;</u>	
	<u>i. le délai pour la remise de l'avis de sinistre au sens de l'art. 38, al. 1^{bis};</u>	Voir commentaire sur l'art. 38 al.1bis
	<u>j. le droit de l'entreprise d'assurance de modifier unilatéralement les primes, si le contrat prévoit cette possibilité, et les conditions requises;</u>	
² Ces renseignements sont à fournir au preneur d'assurance de sorte qu'il puisse en avoir connaissance lorsqu'il fait la proposition de contrat d'assurance ou qu'il l'accepte. Dans tous les cas, il doit être à ce moment-là en possession des conditions générales d'assurance et de l'information au sens de l'al. 1, let. g.		
³ Lorsque le contrat d'assurance est un contrat collectif conférant un droit direct aux prestations à des personnes autres que le preneur d'assurance, celui-ci est tenu de renseigner ces personnes sur les principaux éléments, les modifications et la dissolution du contrat. L'assureur met à la disposition du preneur d'assurance tous les documents nécessaires à cette fin.	<u>3 Si un employeur conclut une assurance collective de personnes afin de protéger ses employés, il est tenu de renseigner ces derniers, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, sur les principaux éléments, les modifications et la dissolution du contrat. L'entreprise d'assurance met à sa disposition tous les documents nécessaires à cette fin.</u>	
Art. 3a Violation du devoir d'information		
¹ Si l'assureur a contrevenu à son devoir d'information au sens de l'art. 3, le preneur d'assurance est en droit de résilier le contrat; il doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient à l'assureur.		
² Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que le preneur a eu connaissance de la contravention et des informations selon l'art. 3 mais au plus tard un an après la contravention.		
Art. 4 Déclarations obligatoires lors de la conclusion du contrat	Art. 4 Déclarations obligatoires lors de la conclusion du contrat	
a. Règle générale	a. Règle générale	
¹ Le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat.	¹ Le proposant doit déclarer à l'entreprise d'assurance, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont connus ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat. <u>Les questions de l'entreprise d'assurance et la communication du proposant doivent être posées par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.</u>	

² Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues.		
³ Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques.	³ Sont réputés importants les faits au sujet desquels <u>l'entreprise d'assurance</u> a posé par écrit des questions précises, non équivoques.	
Art. 5	Art. 5	
b. Contrat par représentant		
¹ Devront être déclarés, si le contrat est conclu par un représentant, tous les faits importants qui sont ou doivent être connus du représenté et tous ceux qui sont ou doivent être connus du représentant.		
c. Assurance pour compte d'autrui	c. Assurance d'autrui	
² En cas d'assurance pour compte d'autrui (art. 16), devront aussi être déclarés les faits importants qui sont ou doivent être connus du tiers assuré lui-même ou de son intermédiaire, à moins que le contrat ne soit conclu à leur insu ou qu'il ne soit pas possible d'aviser le proposant en temps utile.	² En cas d'assurance pour compte d'autrui (art. 16), devront aussi être déclarés les faits importants qui sont ou doivent être connus du tiers assuré lui-même ou de son intermédiaire, à moins que le contrat ne soit conclu à leur insu ou qu'il ne soit pas possible d'aviser le proposant en temps utile.	
Art. 6 Réticence, ses conséquences	Art. 6 Réticence, ses conséquences	
a. Règle générale	a. Règle générale	
¹ Si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat; il doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance.	¹ Si celui qui avait l'obligation de déclarer a, <u>lorsqu'il a répondu aux questions visées à l'art. 4, al. 1</u> , omis de déclarer ou déclaré inexactement un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit , <u>l'entreprise d'assurance</u> est en droit de résilier le contrat; <u>elle</u> doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance.	
² Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence.		
³ Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement.	³ <i>Ne concerne que le texte allemand.</i> Maintien du texte actuel	La modification souhaitée dans le texte allemand renforce encore les droits du preneur d'assurance, dans une situation où il a pourtant déclaré inexactement des faits importants. En effet, alors qu'à l'heure actuelle, une causalité partielle suffit à refuser la prise en charge du sinistre dans son ensemble, il s'agira dorénavant de déterminer quelle part du sinistre est en relation de causalité avec le fait déclaré inexactement. Une telle réglementation posera assurément des problèmes pratiques d'établissement des faits et preuves, sans compter qu'elle dépasse le mandat parlementaire.

⁴ Si un contrat d'assurance sur la vie, rachetable selon la présente loi (art. 90, al. 2), est résilié, l'assureur doit accorder la prestation prévue en cas de rachat.		
Art. 7		
b. Assurance collective		
Lorsque le contrat est relatif à plusieurs choses ou à plusieurs personnes et que la réticence n'a trait qu'à quelques-unes de ces choses ou de ces personnes, l'assurance reste en vigueur pour les autres, s'il résulte des circonstances que l'assureur les aurait assurées seules aux mêmes conditions.		
Art. 8 Maintien du contrat malgré la réticence	Art. 8 Maintien du contrat malgré la réticence	
Malgré la réticence (art. 6), l'assureur ne pourra pas résilier le contrat:	Malgré la réticence (art. 6), <u>l'entreprise d'assurance</u> ne pourra pas résilier le contrat:	
1. si le fait qui a été l'objet de la réticence a cessé d'exister avant le sinistre;		
2. si l'assureur a provoqué la réticence;		
3. si l'assureur connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré;		
4. si l'assureur connaissait ou devait connaître exactement le fait qui a été inexactement déclaré;		
5. si l'assureur a renoncé au droit de résilier le contrat;		
6. si celui qui doit faire la déclaration ne répond pas à l'une des questions posées et que, néanmoins, l'assureur ait conclu le contrat. Cette règle ne s'applique pas lorsque, d'après les autres communications du déclarant, la question doit être considérée comme ayant reçu une réponse dans un sens déterminé et que cette réponse apparaît comme une réticence sur un fait important que le déclarant connaissait ou devait connaître.	<u>6. si elle a conclu le contrat bien que celui qui doit faire la déclaration n'ait pas répondu à l'une des questions posées.</u>	
	Section 3 Contenu et force obligatoire du contrat	
Art. 9 Nullité du contrat	Art. 9 Couverture provisoire	
Le contrat d'assurance est nul sous réserve des cas prévus à l'art. 100, al. 2, si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu.	<u>¹ Lorsqu'il y a couverture provisoire, le fait que les risques assurés et l'étendue de la protection d'assurance provisoire soient déterminables suffit à justifier l'obligation de prestation.</u> <u>Le devoir d'information de l'entreprise d'assurance se limite aussi en conséquence.</u>	
	<u>² Une prime est due si elle a été convenue ou si elle est usuelle.</u>	
	<u>³ Si la couverture provisoire n'est pas limitée dans le temps, elle peut être résiliée en tout temps moyennant un délai de deux semaines, mais elle prend fin en tout cas lors de la conclusion d'un contrat définitif avec l'entreprise d'assurance concernée ou toute autre entreprise d'assurance.</u>	

	<u>4 Les couvertures provisoires doivent être confirmées par écrit.</u>	
	Art. 9bis Nullité du contrat	
	Le contrat d'assurance est nul sous réserve des cas prévus à l'art. 100, al. 2, si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu.	La suppression de l'art. 9 dans sa teneur actuelle nous semble fort regrettable car il reflète un critère essentiel dans le domaine de l'assurance (l'assurance couvre un risque futur), lequel n'est pas intégralement repris à l'art. 10 al. 2 du projet. A l'heure actuelle, nous utilisons cette disposition pour appuyer celle de nos conditions d'assurance qui exclut expressément toute couverture pour des affections en cours lors de la proposition d'assurance, indépendamment de la violation ou non du devoir d'informer de la part du preneur. Si la disposition légale disparaît, nous craignons que notre pratique, qui vise à couvrir exclusivement des risques non encore survenus, soit à l'avenir qualifiée d'insolite par certains tribunaux, au motif que l'assurance rétroactive est désormais expressément prévue. Nous proposons donc de maintenir le principe de nullité pour des risques déjà encourus lors de la conclusion du contrat et de prévoir la possibilité de convenir contractuellement d'une assurance rétroactive comme étant une exception.
Art. 10 Exceptions concernant l'assurance-incendie et l'assurance-transport	Art. 10 Assurance rétroactive	
¹ La règle de l'art. 9 de la présente loi ne s'applique aux assurances-incendie relatives à des objets situés à l'étranger et aux assurances-transport que si les deux parties, lors de la conclusion du contrat, savaient que le risque avait disparu ou que le sinistre était survenu.	<u>1 Les effets du contrat peuvent débuter à une date antérieure à celle de sa conclusion si un intérêt assurable existe et que l'entreprise d'assurance le prévoit expressément dans ses conditions générales.</u>	L'assurance rétroactive ne doit pas devenir un principe applicable contre la volonté de l'assureur. Elle doit au contraire être prévue et insérée textuellement dans les documents contractuels.
² Si, lors de la conclusion du contrat, l'assureur seul savait que le risque avait déjà disparu, le preneur d'assurance n'est pas lié par le contrat. L'assureur n'a droit ni à la prime ni au remboursement de ses frais.	<u>2 L'assurance rétroactive est nulle si seul le preneur d'assurance ou l'assuré savait ou devait savoir qu'un sinistre était déjà survenu.</u>	
³ Si, lors de la conclusion du contrat, le preneur seul savait que le sinistre était déjà survenu, l'assureur n'est pas lié par le contrat; il a droit au remboursement de ses frais.		
	Art. 10a Impossibilité de survenance du sinistre	
	<u>Est nul tout contrat d'assurance qui a été conclu dans la perspective d'un événement futur dont seule l'entreprise d'assurance sait ou doit savoir que sa survenance est impossible.</u>	

Art. 11 Police	Art. 11 Police	
a. Son contenu	a. So n Contenu	
¹ L'assureur est tenu de remettre au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties. Il a le droit de percevoir, outre le timbre et les frais de port, une taxe pour l'expédition de la police et pour les modifications ultérieures (avenants). Le maximum de cette taxe pourra être fixé par ordonnance du Conseil fédéral.	¹ <u>L'entreprise d'assurance remet par écrit au preneur d'assurance une police constatant les droits et les obligations des parties.</u>	
² Sur demande, l'assureur doit de plus remettre au preneur, contre remboursement des débours, une copie des déclarations contenues dans la proposition d'assurance ou faites par le proposant sous une autre forme quelconque et qui ont servi de base à la conclusion du contrat.	² <u>Sur la demande du preneur d'assurance, l'entreprise d'assurance doit remettre à ce dernier une copie des déclarations contenues dans la proposition d'assurance ou faites de toute autre manière par le proposant et qui ont servi de base à la conclusion du contrat.</u>	
Art. 12	Art. 12	
b. Acceptation sans réserve	b. Acceptation sans réserve b. Acceptation sans réserve	
¹ Si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée.	Abrogé ¹ Si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, le preneur d'assurance doit en demander la rectification dans les quatre semaines à partir de la réception de l'acte; faute de quoi, la teneur en est considérée comme acceptée.	Nous regrettons la suppression de la fiction d'acceptation, qui en pratique, est souvent utile. S'agissant de traitements de masse, l'assureur ne peut totalement exclure des erreurs dans la transcription des modalités d'assurance dans la police. Dans le droit actuel, il appartient à l'assuré de veiller à ce que la police corresponde à ses attentes. Nous pensons que la suppression de cet article déresponsabilise l'assuré de manière injustifiée et crée encore davantage d'insécurité en cas d'erreur de transcription, puisqu'il sera parfois difficile de retrouver la preuve de l'accord des parties. Par ailleurs, la disposition actuelle ne s'applique pas lorsque le contrat n'a pas été juridiquement conclu, faute de volontés réciproques et concordantes des parties. L'assuré ne peut donc se voir imposer un contrat dont il n'a jamais voulu par le biais de cette disposition. Une protection supplémentaire de l'assuré par le biais de la suppression de l'art. 12 nous semble donc inutile et contre-productive.
² Cette règle doit être insérée textuellement dans chaque police.	Abrogé ² Cette règle doit être insérée textuellement dans chaque police.	

Art. 13 c. Annulation	Art. 13	actuel art. 73	
	b. Nature juridique de la police; cession et nantissement		
¹ ...	¹ Le droit qui découle d'un contrat d'assurance <u>de sommes</u> ne peut être constitué en gage ou cédé ni par endossement ni par simple tradition de la police. Pour que la constitution du gage et la cession soient valables, il faut la forme écrite et la tradition de la police, ainsi qu'un avis écrit à <u>l'entreprise d'assurance</u> .		
² Les règles du code fédéral des obligations du 14 juin 1881 relatives à l'annulation des titres au porteur s'appliquent par analogie à l'annulation des polices, avec cette modification que le délai pour produire est réduit à un an au plus.	² Si la police stipule que <u>l'entreprise d'assurance</u> a la faculté de payer au porteur, <u>l'entreprise d'assurance</u> de bonne foi peut considérer tout porteur de la police comme l'ayant droit.		
Art. 14 Sinistre causé par faute			
¹ L'assureur n'est pas lié si le sinistre a été causé intentionnellement par le preneur d'assurance ou l'ayant droit.			
² Si le preneur d'assurance ou l'ayant droit a causé le sinistre par une faute grave, l'assureur est autorisé à réduire sa prestation dans la mesure répondant au degré de la faute.			
³ Si le sinistre a été causé intentionnellement ou par faute grave soit par une personne qui fait ménage commun avec le preneur d'assurance ou l'ayant droit, soit par une personne des actes de laquelle le preneur ou l'ayant droit est responsable, et si le preneur ou l'ayant droit a commis une faute grave dans la surveillance de cette personne ou en engageant ses services ou en l'admettant chez lui, l'assureur est autorisé à réduire sa prestation dans la mesure répondant au degré de la faute du preneur ou de l'ayant droit.			
⁴ Si le sinistre est dû à une faute légère du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, ou si ces personnes se sont rendues coupables d'une faute légère dans le sens de l'al. précédent, ou encore si le sinistre est dû à une faute légère de l'une des autres personnes mentionnées dans ce même alinéa, la responsabilité de l'assureur demeure entière.			
Art. 15 Actes de dévouement			
Lorsqu'une des personnes mentionnées à l'art. 14 de la présente loi a provoqué le sinistre en accomplissant un devoir d'humanité, la responsabilité de l'assureur demeure entière.			
Art. 16 Assurance pour compte d'autrui	Art. 16 <u>Objet de l'assurance</u>		
¹ Le preneur d'assurance peut contracter l'assurance ou pour son propre compte ou pour le compte d'autrui, avec ou sans désignation de la personne du tiers assuré.	¹ <u>L'objet de l'assurance est un intérêt assurable du preneur d'assurance (assurance pour son propre compte) ou d'un tiers (assurance pour compte d'autrui). L'assurance peut porter sur la personne, sur des choses ou sur le reste du patrimoine du preneur d'assurance (assurance personnelle) ou d'un tiers (assurance d'autrui).</u>		

² En cas de doute, le preneur est censé avoir contracté l'assurance pour son propre compte.		
	³ <u>Dans l'assurance pour compte d'autrui, l'entreprise d'assurance peut faire valoir également à l'endroit du tiers assuré les exceptions qu'il peut opposer au preneur d'assurance.</u>	
Art. 17 Particularités de l'assurance pour compte d'autrui	Art. 17 Particularités de l'assurance pour compte d'autrui	
¹ L'assurance pour compte d'autrui lie l'assureur, même si le tiers assuré ne ratifie le contrat qu'après le sinistre.	Abrogé	
² Le preneur d'assurance a qualité sans l'autorisation de l'assuré pour réclamer l'indemnité à l'assureur, lorsque l'assuré avait donné au preneur mandat sans réserve de conclure l'assurance, ou si le preneur était légalement tenu de pourvoir à l'assurance.	Abrogé	
³ L'assureur n'a pas le droit de compenser les créances qu'il peut avoir contre le preneur avec l'indemnité qu'il doit à l'assuré. Demeure réservée la disposition de l'art. 18, al. 2, de la présente loi.	Abrogé	
	Section 4 Prime	
Art. 18 Prime	Art. 18 Prime	On regrette la suppression de l'art. 18 al. 1, qui est certes une évidence, mais qu'il est parfois bon de rappeler dans une loi.
a. Qui est obligé	a. Qui est obligé	
¹ Le preneur d'assurance est obligé au paiement de la prime.	Abrogé	
² Dans l'assurance pour compte d'autrui, l'assureur a le droit de réclamer aussi à l'assuré le paiement de la prime, lorsque le preneur est devenu insolvable et qu'il n'avait pas encore reçu la prime de l'assuré.	Abrogé	
³ En cas d'assurance au profit d'autrui, l'assureur a le droit de compenser la prime avec la prestation due au bénéficiaire.	Abrogé	
Art. 19	Art. 19	
b. Echéance	b. Echéance	
¹ Sauf stipulation contraire, la prime échoit pour la première période d'assurance au moment de la conclusion du contrat. Par période d'assurance il faut entendre le laps de temps d'après lequel est calculée l'unité de prime. En cas de doute, la période d'assurance est d'une année.		
² L'assureur qui délivre la police avant le paiement de la première prime ne peut pas se prévaloir de la clause de la police portant que l'assurance n'entre en vigueur qu'après le paiement de cette prime.	Abrogé	
³ En cas de doute, les primes ultérieures échoient au commencement d'une nouvelle période d'assurance.		

Art. 20	Art. 20	
c. Sommatation obligatoire. Conséquences de la demeure	c. Sommatation obligatoire. Conséquences de la demeure	
¹ Si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordé par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation doit rappeler les conséquences du retard.	¹ Si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai supplémentaire accordé par le contrat, le débiteur doit être sommé <u>par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte</u> , à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation, qui doit rappeler les conséquences de la demeure.	
² Si la prime est encaissée chez le débiteur, l'assureur peut remplacer la sommation écrite par une sommation verbale.	² Si la prime est encaissée chez le débiteur, <u>la sommation peut être effectuée verbalement</u> .	
³ Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal.		
⁴ L'art. 93 de la présente loi demeure réservé.		
Art. 21		
d. Rapports de droit après la demeure		
¹ Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé par l'art. 20 de la présente loi, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée.		
² Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais.		
Art. 22	Art. 22	
e. Lieu de paiement; prime portable; prime quérable	e. Lieu de paiement; prime portable; prime quérable	
¹ La prime est payable, pour l'assureur suisse, à son siège, pour l'assureur étranger, au siège qu'il entretient pour l'ensemble de ses affaires suisses, lorsque l'assureur n'a pas désigné au preneur d'assurance un autre lieu de paiement en Suisse.	<i>Abrogé</i>	
² Si l'assureur, sans y être obligé, a fait régulièrement encaisser la prime chez le débiteur, il doit s'en tenir à cette pratique tant qu'il ne l'a pas expressément révoquée.	<i>Abrogé</i>	
Art. 23	Art. 23	
f. Réduction de la prime	f. Réduction de la prime	
Si la prime a été fixée en considération de faits déterminés qui aggravaient le risque, et que ces faits, au cours de l'assurance, disparaissent ou perdent leur importance, le preneur d'assurance est en droit d'exiger que, pour les périodes ultérieures d'assurance, la prime convenue soit réduite conformément au tarif.	<i>Abrogé</i>	

Art. 24	Art. 24	
g. Divisibilité de la prime	g. Divisibilité de la prime	
¹ La prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat lorsque celui-ci est résilié ou prend fin avant son échéance. L'art. 42, al. 3, est réservé.	¹ La prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat lorsque celui-ci est résilié ou prend fin avant son échéance. L'art. 42, al. 3, est réservé	
² La prime pour la période d'assurance en cours est due dans son intégralité lorsque le contrat devient nul et non avenu à la suite de la disparition du risque.		
	Section 5 Modification du contrat	
Art. 25–27	Art. 27 Modification du risque	Cette section figure dans les dispositions générales et est donc applicable dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire. Or, si l'on applique à la lettre ces dispositions dans ce domaine, cela pourrait vouloir dire qu'à chaque fois qu'un assuré subit une détérioration de sa santé (sur laquelle il a été spécifiquement questionné dans le questionnaire médical et qui constitue donc une modification du risque au sens de l'art. 27), il doit l'annoncer selon la disposition de l'art. 28 al. 1, avec toutes les conséquences mentionnées ensuite. Une telle interprétation serait défavorable aux assurés. Par souci de transparence, il nous semble que le domaine de l'assurance-maladie complémentaire devrait être exclu du champ d'application de ces dispositions ou que ces dispositions devraient être placées dans la section sur les assurances de choses.
	<u>¹ Il y a modification du risque dans le sens des dispositions ci-après si un fait important au sens de l'art. 4 se modifie durablement et de manière essentielle après la date déterminante pour l'accomplissement de l'obligation de déclarer selon l'art. 6, al. 1, et entraîne ainsi l'apparition d'un nouveau risque, respectivement la suppression d'un risque, qui a un impact direct sur la fixation de la prime</u>	A défaut, il est essentiel de limiter les conséquences prévues aux art. 28 et 28a aux modifications de risques qui ont une influence quantifiable sur la prime. Autrement dit, en matière d'assurance-maladie, aussi longtemps qu'un facteur de risque n'est pas déterminant pour la fixation de la prime, sa modification (diminution ou aggravation) ne peut pas engendrer les conséquences prévues aux dispositions précitées, quand bien même il a fait l'objet d'une question dans le cadre de l'obligation de déclarer de l'art. 6. A titre d'exemple, si le fait de fumer ne place pas les assurés concernés dans une catégorie de risques et donc de prime différente des non-fumeurs, le fait pour un assuré d'arrêter de fumer ne doit

		pas lui donner le droit de résilier le contrat ou de demander une réduction de la prime.
	<u>² La modification du risque est essentielle lorsqu'elle porte sur un fait qui est important pour l'appréciation du risque (art. 4) et dont les parties avaient déterminé l'étendue lors de la conclusion du contrat.</u>	
Art. 28 Aggravation du risque par le fait du preneur d'assurance	Art. 28 Aggravation du risque par le fait du preneur d'assurance	
¹ Si le preneur d'assurance provoque une aggravation essentielle du risque au cours de l'assurance, l'assureur cesse pour l'avenir d'être lié par le contrat.	<u>¹ Le preneur d'assurance doit annoncer sans délai, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, à l'entreprise d'assurance toute aggravation essentielle du risque. L'annonce peut aussi être effectuée par le tiers assuré.</u>	
² L'aggravation est essentielle lorsqu'elle porte sur un fait qui est important pour l'appréciation du risque (art. 4) et dont les parties avaient déterminé l'étendue lors de la conclusion du contrat.	<u>² L'entreprise d'assurance est en droit, dans les quatre semaines qui suivent la date de réception de l'annonce, soit de résilier par écrit le contrat avec un préavis de six semaines, soit d'adapter la prime à la date de l'aggravation du risque.</u>	
³ Le contrat peut stipuler si, dans quelle mesure et dans quels délais le preneur doit donner avis de l'aggravation du risque à l'assureur.	<u>³ S'il y a augmentation de la prime, le preneur d'assurance est en droit, dans les quatre semaines qui suivent la date de réception de l'annonce de l'augmentation, de résilier par écrit le contrat avec un préavis de quatre semaines.</u>	
	<u>⁴ Si le contrat est résilié, l'entreprise d'assurance est en droit dans tous les cas d'augmenter la prime dès la date de l'aggravation du risque jusqu'à l'expiration du contrat.</u>	
	<u>⁵ Si un preneur d'assurance omet d'annoncer l'aggravation du risque, l'entreprise d'assurance est en droit de réduire sa prestation si l'aggravation du risque qui n'a pas été annoncée ou qui a été annoncée de manière inexacte a influé sur l'apparition ou l'étendue du dommage.</u>	
	Art. 28a Diminution du risque	
	<u>¹ En cas de diminution importante du risque, le preneur d'assurance est en droit de résilier le contrat par écrit avec un préavis de quatre semaines ou d'exiger une réduction de la prime.</u>	
	<u>² Si l'entreprise d'assurance refuse de réduire la prime ou si le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec la réduction proposée, ce dernier est en droit, dans les quatre semaines qui suivent la date de réception de l'avis de l'entreprise d'assurance, de résilier le contrat par écrit avec un préavis de quatre semaines.</u>	
	<u>³ La réduction de la prime prend effet dès que la communication visée à l'al. 1 parvient à l'entreprise d'assurance.</u>	
Art. 29 Conventions spéciales réservées	Art. 29 Conventions spéciales réservées	
¹ L'art. 28 de la présente loi ne s'applique pas aux conventions par lesquelles le preneur d'assurance se charge d'obligations déterminées en vue d'atténuer le risque ou d'en empêcher l'aggravation.	Abrogé	

² Si le preneur contrevient à ces obligations, l'assureur ne peut pas se prévaloir de la clause qui le libère du contrat lorsque la contravention n'a pas exercé d'influence sur le sinistre ou sur l'étendue des prestations incombant à l'assureur.	<i>Abrogé</i>	
Art. 30 Aggravation du risque sans le fait du preneur d'assurance	Art. 30 Aggravation du risque sans le fait du preneur d'assurance	
¹ Si l'aggravation essentielle du risque intervient sans le fait du preneur d'assurance, elle n'entraîne la conséquence prévue par l'art. 28 de la présente loi que si le preneur d'assurance n'a pas déclaré cette aggravation à l'assureur, par écrit et dès qu'il en a eu connaissance.	<i>Abrogé</i>	
² Si le preneur n'a pas contrevenu à cette obligation et que l'assureur se soit réservé le droit de résilier le contrat pour cause d'aggravation essentielle du risque, la responsabilité de l'assureur prend fin quatorze jours après qu'il a notifié la résiliation au preneur.	<i>Abrogé</i>	
Art. 31 Aggravation du risque dans l'assurance collective	Art. 31 <u>Modification</u> du risque dans l'assurance collective	
Lorsque le contrat comprend plusieurs choses ou plusieurs personnes et que le risque n'est aggravé que pour une partie de ces choses ou de ces personnes, l'assurance demeure en vigueur pour les autres, à la condition que le preneur paie pour celles-ci, à première réquisition, la prime plus élevée qui pourrait être due à l'assureur.	Lorsque le contrat <u>concerne</u> plusieurs choses ou plusieurs personnes et que <u>la modification du risque n'a trait qu'à quelques-unes</u> de ces choses ou de ces personnes, <u>les deux parties peuvent exiger que le contrat soit maintenu pour les autres éléments à la prime qui leur correspond.</u>	
Art. 32 Maintien du contrat malgré l'aggravation du risque	Art. 32 Maintien du contrat malgré l'aggravation du risque	
L'aggravation du risque reste sans effet juridique:		
1. si elle n'a exercé aucune influence sur le sinistre et sur l'étendue des prestations incombant à l'assureur;	<i>Abrogé</i>	
2. si elle a eu lieu pour sauvegarder les intérêts de l'assureur;		
3. si elle était imposée par un devoir d'humanité;		
4. si l'assureur a renoncé expressément ou tacitement à se départir du contrat, notamment si, après avoir reçu du preneur d'assurance l'avis écrit de l'aggravation du risque, il ne lui a pas notifié dans les quatorze jours la résiliation du contrat.	<i>Abrogé</i>	
Art. 33 Etendue du risque		
Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque.		
Art. 34 Responsabilité de l'assureur pour ses agents	Art. 34 Responsabilité de l'assureur pour ses agents	
A l'égard du preneur d'assurance, l'assureur répond des actes de son intermédiaire comme de ses propres actes.	<i>Abrogé</i>	

Art. 35 Révision des conditions générales	Art. 35 Modification des conditions d'assurance	
Si, pendant la durée du contrat, les conditions générales d'assurance des contrats de même genre sont modifiées, le preneur d'assurance peut exiger que le contrat soit continué aux conditions nouvelles. Mais s'il est exigé des prestations plus élevées pour l'assurance aux nouvelles conditions, le preneur doit fournir à l'assureur le juste équivalent.	<u>¹ Une clause contractuelle selon laquelle l'entreprise d'assurance peut modifier unilatéralement les conditions d'assurance est nulle lorsque les assurances ne portent pas sur des risques professionnels ou commerciaux.</u>	Assura s'oppose à l'introduction d'une telle disposition qui limite sans justification la liberté contractuelle. En effet, dans un marché déjà surveillé par la FINMA et soumis aux règles usuelles en matière de clauses insolites notamment, les clauses de réserve de modifications sont utilisées de manière raisonnable et cadrée, de sorte que les preneurs d'assurance ne sont pas désavantagés par cette pratique. Qui plus est, cette disposition dépasse le mandat parlementaire. Dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire par exemple, il est fréquent que l'assureur se réserve le droit de modifier unilatéralement une liste de prestataires de soins ou de thérapies figurant dans une annexe aux conditions d'assurance, ceci afin de se calquer notamment sur les modifications de la LAMal. Cette possibilité est essentielle dans un marché en constante évolution, ceci d'autant plus que les contrats d'assurance-maladie complémentaire sont conclus pour la vie de l'assuré.
	<u>² Est réservé le droit contractuel de l'entreprise d'assurance de modifier la prime ainsi que, dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire, toute clause qui prévoit une modification proportionnée et justifiée de l'étendue des prestations, notamment l'adaptation unilatérale de listes de prestataires ou de thérapies admises</u>	Ainsi, si la disposition n'est pas supprimée dans son ensemble, il est essentiel d'étendre la réserve de l'alinéa 2 dans le sens proposé. A défaut, la disposition, couplée à l'interdiction faite à l'assureur de résilier le contrat pour une échéance, pourrait s'avérer contraire à l'art. 27 CC.
	Section 6 Fin du contrat	
	Art. 35a Résiliation ordinaire	
	<u>¹ Le contrat peut être résilié par écrit pour la fin de la troisième cinquième année civile complète ou de chacune des années suivantes, même s'il a été conclu pour une durée plus longue, moyennant un préavis de trois mois.</u>	On regrette l'introduction d'une limite de durée à trois ans dans un domaine où la liberté contractuelle devrait rester le principe, ceci d'autant plus que les assureurs n'abusent pas de la liberté actuelle et que l'assuré a à disposition des possibilités de résiliations extraordinaires. Qui plus est, la plupart des assureurs proposent des durées contractuelles plus longues de cinq ans moyennant un rabais sur les primes, ce qui est favorable aux preneurs d'assurance. Cela étant, la clause ne permet pas non plus une prolongation de quelques mois au-delà de la limite maximale pour aligner la première échéance sur la fin d'une année civile. Une précision à ce sujet serait la bienvenue.

		Si la disposition devait entrer en vigueur telle que proposée, il faudrait l'assortir d'un délai de mise en application et d'une disposition transitoire (nouvelle disposition applicable uniquement aux contrats conclus après la mise en application).
	<u>² Les parties peuvent convenir que le contrat peut être résilié avant la fin de la cinquième année. Les délais de résiliation doivent être identiques pour les deux parties.</u>	
	<u>³ L'assurance sur la vie est exclue du droit de résiliation ordinaire.</u>	
	<u>⁴ En matière d'assurance-maladie complémentaire de soins, seul le preneur d'assurance peut faire usage du droit de résiliation ordinaire.</u>	
	Art. 35b Résiliation extraordinaire	
	<u>¹ Le contrat peut être résilié en tout temps pour un juste motif.</u>	
	<u>² Est considéré comme un juste motif:</u> <u>a. une modification imprévisible des prescriptions réglementaires qui empêche d'exécuter le contrat;</u> <u>b. toute circonstance dans laquelle les règles de la bonne foi ne permettent plus d'exiger la continuation du contrat de la part de la personne qui le résilie.</u>	
	Art. 35c Prolongation de la couverture	
	<u>¹ Les droits découlant du contrat peuvent être exercés jusqu'à cinq ans après la fin du contrat si le risque assuré se réalise pendant la durée du contrat mais que le dommage causé n'apparaît qu'après la fin du contrat.</u>	L'introduction d'une telle disposition sans étude économique de son impact nous semble particulièrement dangereuse, sans compter qu'elle dépasse le mandat parlementaire. De manière générale, on peut craindre qu'une telle disposition induise une augmentation des primes, étant donné l'augmentation du risque qu'elle implique. S'ajoute à cela d'inévitables problèmes de coordination entre deux assureurs successifs, desquels l'assuré ne sortira assurément pas gagnant. Enfin, il serait particulièrement injuste qu'un preneur puisse se prévaloir d'une prolongation de la couverture alors que son contrat a été résilié pour non-paiement des primes. Pour ces raisons, nous préconisons la suppression intégrale de cette disposition.
	<u>² Sont réservées:</u> <u>a. l'assurance-maladie complémentaire des soins en cas de changement d'assurance, pour autant que les entreprises d'assurance concernées appliquent le principe du traitement médical;</u>	Subsidiairement, la réserve de l'alinéa 2 doit être précisée. En effet, la référence au principe du traitement médical n'est pas claire. Par ailleurs, nous ne comprenons pas pourquoi la réserve s'applique uniquement lors d'un changement d'assurance. En effet, il nous semblerait particulièrement injuste qu'un assureur-maladie

	<u>b. l'assurance responsabilité civile auprès de laquelle sont assurés les droits exercés pendant la durée du contrat (principe de la demande d'indemnisation).</u>	doive prendre en charge des frais de traitement pour une maladie survenue avant une résiliation dûment souhaitée par le preneur mais qui engendre des frais médicaux après celle-ci, alors qu'aucune contrepartie n'est plus payée par lui pour ce risque. Si la clause est maintenue telle quelle, elle risque d'engendrer des coûts supplémentaires et donc des primes plus élevées pour l'ensemble de la communauté d'assurés.
	Art. 35d Cas d'assurance en suspens	
	Les dispositions du contrat qui donnent à une entreprise d'assurance le droit de supprimer ou limiter unilatéralement la durée ou l'étendue de ses obligations existantes de fournir des prestations périodiques à la suite d'une maladie ou d'un accident lorsque le contrat prend fin après la survenance du sinistre sont nulles.	Cette disposition dépasse le mandat parlementaire et constitue une entrave injustifiée à la liberté contractuelle. La jurisprudence du Tribunal fédéral au sujet des clauses limitatives de couverture à la fin du contrat se suffit à elle-même.
Art. 36 Retrait de l'agrément: effets de droit privé	Art. 36 Retrait de l'agrément : effets de droit privé	
¹ Le preneur d'assurance est en droit de se départir du contrat si l'agrément est retiré à l'assureur en application de l'art. 61 de la loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances (LSA).	¹ Le preneur d'assurance est en droit de <u>résilier</u> le contrat <u>en tout temps si l'entreprise d'assurance participant au contrat ne dispose pas de l'agrément requis par</u> la loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances (LSA) <u>pour l'exercice de l'activité d'assurance, ou si ledit agrément lui a été retiré.</u>	
² Le preneur qui se départ du contrat peut réclamer le remboursement de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.	<i>Abrogé</i>	
³ S'il s'agit d'un contrat d'assurance sur la vie, il a droit à la réserve.		
⁴ Il conserve de plus l'action en dommages-intérêts.		
Art. 37 Faillite de l'assureur	Art. 37 Faillite de l'assureur	
¹ En cas de faillite de l'assureur, le contrat prend fin quatre semaines après la publication de la faillite.	¹ En cas de faillite de l'assureur, le contrat prend fin quatre semaines après la publication de la faillite. <u>L'art. 55 LSA est réservé.</u>	
² Le preneur d'assurance a les droits spécifiés à l'art. 36, al. 2 et 3, de la présente loi.	² Le preneur d'assurance a le droit spécifié à l'art. 36, al. 2-et 3, de la présente loi.	
³ Si, pour la période d'assurance en cours, il a une indemnité à réclamer à l'assureur, il peut faire valoir, à son choix, ou son droit à l'indemnité ou les droits sus-rappelés.		
⁴ Demeurent en outre réservés ses droits à des dommages-intérêts.		
	Section 7 Survenance du sinistre	
Art. 38 Déclarations obligatoires en cas de sinistre	Art. 38 Déclarations obligatoires en cas de sinistre	
¹ En cas de sinistre, l'ayant droit doit, aussitôt qu'il a eu connaissance du sinistre et du droit qui découle en sa faveur de l'assurance, en donner avis à l'assureur. Le contrat peut prévoir que cet avis sera donné par écrit.		

	^{1bis} <u>Si le contrat prévoit un délai pour la remise de l'avis de sinistre, ce délai doit être adéquat.</u>	Sans être définie, cette notion de délai adéquat n'apporte aucune plus-value.
² Si par sa faute, l'ayant droit contrevient à cette obligation, l'assureur a le droit de réduire l'indemnité à la somme qu'elle comporterait si la déclaration avait été faite à temps.		
³ L'assureur n'est pas lié par le contrat, si l'ayant droit a omis de faire immédiatement sa déclaration dans l'intention d'empêcher l'assureur de constater en temps utile les circonstances du sinistre.		
Art. 39 Justification des prétentions		
¹ Sur la demande de l'assureur, l'ayant droit doit lui fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit ou à fixer les conséquences du sinistre.		
² Il peut être convenu:		
1. que l'ayant droit devra produire des pièces déterminées, notamment des certificats médicaux, à condition qu'il lui soit possible de se les procurer sans grands frais;		
2. que, sous peine d'être déchu de son droit aux prestations de l'assurance, l'ayant droit devra faire les communications prévues à l'al. 1 et à l'al. 2, ch. 1, du présent article, dans un délai déterminé suffisant. Ce délai court du jour où l'assureur a mis par écrit l'ayant droit en demeure de faire ces communications, en lui rappelant les conséquences de la demeure.		
Art. 39a Détection précoce		
¹ Dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, des données peuvent être communiquées à l'office AI dans un but de détection précoce, conformément à l'art. 3b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI).		
² Seules les données nécessaires pour atteindre le but visé peuvent être communiquées. Si cette condition est remplie, l'institution d'assurance est libérée de son obligation de garder le secret.		
³ Le Conseil fédéral règle les modalités.		
Art. 39b Collaboration interinstitutionnelle		
¹ Dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, des données peuvent, dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle au sens de l'art. 68bis LAI, être communiquées:		
a. aux offices AI;		
b. aux institutions d'assurance privées au sens de l'art. 68bis, al. 1, let. b, LAI;		

c. aux institutions de prévoyance professionnelle au sens de l'art. 68 ^{bis} , al. 1, let. c, LAI.		
2 Seules les données nécessaires pour atteindre le but visé peuvent être communiquées. Si cette condition est remplie, l'institution d'assurance est libérée de son obligation de garder le secret.		
3 La personne concernée doit être informée de la communication des données.		
Art. 40 Prétention frauduleuse		
Si l'ayant droit ou son représentant, dans le but d'induire l'assureur en erreur, dissimule ou déclare inexactement des faits qui auraient exclu ou restreint l'obligation de l'assureur, ou si, dans le but d'induire l'assureur en erreur, il ne fait pas ou fait tardivement les communications que lui impose l'art. 39 de la présente loi, l'assureur n'est pas lié par le contrat envers l'ayant droit.		
Art. 41 Exigibilité de la prétention		
¹ La créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention.		
² Est nulle la clause portant que la prétention n'est échue qu'après avoir été reconnue par l'assureur ou constatée par un jugement définitif.		
Art. 42 Dommage partiel	Art. 42 Dommage partiel	
¹ S'il n'y a qu'un dommage partiel et si, pour ce dommage, une indemnité est réclamée, l'assureur et le preneur d'assurance ont le droit de se départir du contrat au plus tard lors du paiement de l'indemnité.		
² En cas de résiliation du contrat, la responsabilité de l'assureur cesse quatorze jours après la notification de la résiliation à l'autre partie.		
³ L'assureur conserve son droit à la prime pour la période d'assurance en cours si le preneur résilie le contrat durant l'année qui suit sa conclusion.	<i>Abrogé</i>	
⁴ Lorsque ni l'assureur, ni le preneur ne se départent du contrat, l'assureur, sauf convention contraire, n'est plus tenu à l'avenir que pour le reste de la somme assurée.		
	Art. 42a Obligation de limiter le dommage	actuel art. 61
	¹ Lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour <u>limiter</u> le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer.	
	² Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, <u>l'entreprise d'assurance</u> peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie.	

	Art. 42b Interdiction de changements	actuel art. 68	
	¹ Tant que le dommage n'a pas été évalué, l'ayant droit ne doit, sans le consentement de <u>l'entreprise d'assurance</u> , apporter aux choses endommagées aucun changement qui pourrait rendre plus difficile ou impossible la détermination des causes du sinistre ou celle du dommage, à moins que ce changement ne paraisse s'imposer dans l'intérêt public, ou pour <u>limiter</u> le dommage.		
	² Si l'ayant droit contrevient à cette obligation dans une intention frauduleuse, <u>l'entreprise d'assurance</u> n'est pas liée par le contrat.		
	Art. 42c Frais occasionnés par la limitation du dommage	actuel art. 70	
	¹ Si l'ayant droit a engagé des frais pour limiter le dommage (art. 42a) sans que <u>ces frais aient été</u> manifestement <u>injustifiés</u> , <u>l'entreprise d'assurance</u> est tenue de les lui rembourser, même si les mesures prises <u>sont restées</u> sans succès, ou si ces frais, ajoutés à l'indemnité, dépassent le montant de la somme assurée.		
	² Si la somme assurée n'atteint pas la valeur de remplacement, <u>l'entreprise d'assurance</u> supporte les frais dans la proportion qui existe entre la somme assurée et la valeur de remplacement.		
	Section 8 Autres dispositions		
Art. 43 Communications de l'assureur			
Les communications que l'assureur doit faire, à teneur de la présente loi, au preneur d'assurance ou à l'ayant droit, peuvent être faites valablement à la dernière adresse que connaît l'assureur.			
Art. 44 Communications du preneur d'assurance ou de l'ayant droit; adresse	Art. 44 Communications du preneur d'assurance ou de l'ayant droit; adresse		
¹ Pour toutes les communications qui doivent lui être faites à teneur du contrat ou de la présente loi, l'assureur est tenu d'indiquer au moins une adresse en Suisse et de la faire connaître au preneur d'assurance, ainsi qu'à tout ayant droit qui lui a fait par écrit la notification de son droit.	¹ Pour toutes les communications qui doivent lui être faites conformément au contrat ou à la présente loi, <u>l'entreprise d'assurance</u> est tenue d'indiquer au moins une adresse en Suisse et de la faire connaître au preneur d'assurance, ainsi qu'à tout ayant droit qui lui a notifié son droit <u>par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte</u> .		
² Si l'assureur n'a pas satisfait à ces obligations, il ne peut pas se prévaloir des conséquences que le contrat ou la présente loi prévoient pour le cas de défaut de déclaration ou de déclaration tardive.			
³ Le preneur ou l'ayant droit peut faire les communications qui lui incombent, à son choix, ou bien à l'adresse indiquée, ou bien à l'assureur directement ou à tout agent de l'assureur. Les parties			

peuvent convenir que l'agent n'a pas qualité pour recevoir les communications à faire à l'assureur.		
Art. 45 Violation du contrat sans faute du preneur d'assurance ou de l'ayant droit	Art. 45 Violation du contrat sans faute du preneur d'assurance ou de l'ayant droit	
¹ Lorsqu'une sanction a été stipulée pour le cas où le preneur d'assurance ou l'ayant droit violerait l'une de ses obligations, cette sanction n'est pas encourue s'il résulte des circonstances que la faute n'est pas imputable au preneur ou à l'ayant droit.	¹ Lorsqu'une sanction a été stipulée pour le cas où le preneur d'assurance ou l'ayant droit violerait l'une de ses obligations, cette sanction n'est pas encourue: a. s'il résulte des circonstances que la faute n'est pas imputable au preneur d'assurance ou à l'ayant droit, <u>ou</u> b. <u>si la violation n'a pas eu d'incidence sur le sinistre et sur l'étendue des prestations incombant à l'entreprise d'assurance.</u>	Nous nous opposons à l'introduction de l'exception de la let. b. En effet, avec une telle réserve, l'assuré n'aura plus d'intérêt à respecter ses incombances si elles n'ont aucune incidence sur le sinistre. Or, en matière d'assurance-maladie, l'assuré doit respecter un certain nombre de règles, par exemple consulter un prestataire qui figure sur une liste, qui n'ont pas d'influence sur la maladie ni sur la nécessité de consulter un thérapeute, mais qui sont pourtant essentielles du point de vue de l'assureur, notamment dans un but de maîtrise des coûts. Ainsi, de la même manière que la LAMal ne connaît pas le principe de substitution des prestations, nous pensons qu'il doit en être de même en assurance-maladie complémentaire.
² L'insolvabilité du débiteur de la prime n'excuse pas le retard dans le paiement de celle-ci.		
³ Lorsque le contrat ou la loi fait dépendre de l'observation d'un délai un droit qui découle de l'assurance, le preneur ou l'ayant droit qui est en demeure sans faute de sa part peut, aussitôt l'empêchement disparu, accomplir l'acte retardé.		
Art. 46 Prescription et déchéance	Art. 46 Prescription et déchéance	
¹ Les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. L'art. 41 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité est réservé.	¹ Les créances qui <u>découlent</u> du contrat d'assurance se prescrivent par <u>cing</u> ans à dater du fait <u>duquel</u> naît l'obligation. L'art. 41 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité est réservé.	Nous regrettons que le législateur ne profite pas de la révision pour codifier la jurisprudence abondante et pas toujours cohérente sur la notion de « fait duquel naît l'obligation ».
² Est nulle, en ce qui a trait à la prétention contre l'assureur, toute stipulation d'une prescription plus courte ou d'un délai de déchéance plus bref. Demeure réservée la disposition de l'art. 39, al. 2, ch. 2, de la présente loi.		
Art. 46a Lieu d'exécution	Art. 46a Faillite du preneur d'assurance	actuel art. 55
Les assureurs doivent s'acquitter de leurs obligations découlant des contrats d'assurance au domicile suisse de l'assuré ou du preneur d'assurance. Le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors.	¹ <u>En cas de faillite du preneur d'assurance, le contrat demeure en vigueur et l'administration de la faillite est tenue de l'exécuter. Les prescriptions de la présente loi qui concernent la fin du contrat sont réservées.</u>	
	² <u>Les droits et les prestations découlant de l'assurance de biens de stricte nécessité (art. 92 de la loi fédérale du 11 avril</u>	

	<u>1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite) ne tombent pas dans la masse en faillite.</u>		
	Art. 46b Assurance multiple	actuel art. 53	
	¹ Lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque, et pour le même temps, par plus d'une <u>entreprise d'assurance</u> , de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance (<u>assurance multiple</u>), le preneur d'assurance est tenu d'en donner connaissance à toutes les <u>entreprises d'assurance</u> , sans <u>délai et par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.</u>		
	<u>² Si le preneur d'assurance n'a pas connaissance de l'assurance multiple lors de la conclusion d'un contrat ultérieur, il peut résilier ce contrat par écrit dans les quatre semaines suivant la découverte de l'assurance multiple.</u>		Vu le devoir d'information précontractuelle étendu et le droit de résiliation associé, ainsi que le droit de révocation qu'il est prévu d'instaurer, nous pensons qu'il est inutile d'introduire encore une possibilité de résilier le contrat en cas d'assurance multiple. Un tel droit risque de déresponsabiliser totalement les preneurs d'assurance, qui pourront conclure des contrats similaires auprès de plusieurs assureurs et résilier ensuite celui qui leur paraît le moins approprié sur la base de cette disposition. Il sera alors extrêmement difficile pour l'assureur de prouver que le preneur avait connaissance de l'assurance multiple. D'autre part, les différents produits offerts sur le marché de l'assurance-maladie complémentaire sont souvent difficilement comparables dans leur ensemble et comprennent des prestations différentes en fonction de l'assureur choisi. De ce fait, la notion même d'assurance multiple sera difficile à juger dans le domaine, raison pour laquelle le droit de résiliation associé sera également sujet à interprétation.
	³ Si le preneur d'assurance a <u>conclu l'assurance multiple</u> ou omis <u>d'en informer les entreprises d'assurance</u> dans l'intention de se procurer par là un profit illicite, <u>celles-ci</u> ne sont pas liées envers lui par le contrat.		
	³ Chaque <u>entreprise d'assurance</u> a droit à toute la prestation convenue.		
	Art. 46c Obligation de réparer en cas d'assurance multiple	actuel art. 71	
	¹ <u>Lorsqu'un dommage est assuré plusieurs fois et que le sinistre survient, les entreprises d'assurance sont responsables solidairement de la réparation du dommage, selon le contrat, jusqu'à concurrence de la somme assurée convenue avec elles.</u>		

	² <u>Elles répartissent la réparation du dommage entre elles en fonction des obligations qu'elles auraient assumées s'il n'y avait pas eu d'assurance multiple.</u>	
Art. 47 Renouvellement tacite du contrat		
Toute clause prévoyant le renouvellement tacite du contrat ne peut avoir d'effet que pour une année au plus.		
Art. 47a Numéro d'assuré AVS		
Les entreprises d'assurances privées soumises à la LSA ne sont habilitées à utiliser systématiquement le numéro d'assuré AVS conformément à la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants que pour l'accomplissement de leur tâches dans le cadre de l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie ou à l'assurance-accident, aux conditions suivantes:		
a. pratiquent les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévues à l'art. 12, al. 2, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal);		
b. sont inscrites dans le registre des assureurs-accident, conformément à l'art. 68, al. 2, de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA), et proposent des assurances complémentaires à l'assurance-accidents.		
II. Dispositions spéciales à l'assurance contre les dommages	II. Dispositions spéciales à l'assurance contre les dommages	
	Section 1 Assurance de choses	
Art. 48 Objet de l'assurance	Art. 48 Objet de l'assurance	
Tout intérêt économique qu'une personne peut avoir à ce qu'un sinistre n'arrive pas, peut être l'objet d'une assurance contre les dommages.	<i>Abrogé</i>	
Art. 49 Valeur d'assurance	Art. 49 Valeur d'assurance	
¹ La valeur d'assurance est la valeur de l'intérêt assuré au moment de la conclusion du contrat.	<i>Abrogé</i>	
² Lorsque l'intérêt assuré consiste en ce qu'une chose ne soit pas détériorée ou détruite, l'intérêt assuré est présumé être, en cas de doute, celui d'un propriétaire à la conservation de la chose.	<i>Abrogé</i>	
Art. 50 Diminution de la valeur d'assurance	Art. 50 Diminution de la valeur d'assurance	
¹ Si la valeur d'assurance subit une diminution essentielle pendant le cours de l'assurance, chacun des contractants peut exiger la réduction correspondante de la somme assurée.		
² La prime doit être réduite proportionnellement pour les périodes ultérieures d'assurance.	<i>Abrogé</i>	
Art. 51 Surassurance		

Lorsque la somme assurée dépasse la valeur d'assurance (surassurance), l'assureur n'est pas lié par le contrat envers le preneur, si celui-ci a conclu le contrat dans l'intention de se procurer un profit illicite par le moyen de la surassurance. L'assureur a droit à toute la prestation convenue.		
	Art. 51a Somme assurée. Indemnité en cas de sous-assurance	actuel art. 69
	1 A moins que le contrat ou la présente loi (art. 42c) n'en dispose autrement, l'entreprise d'assurance ne répond du dommage que jusqu'à concurrence de la somme assurée.	
	2 Si la somme assurée n'atteint pas la valeur de remplacement (sous-assurance), le dommage doit être réparé, sauf convention contraire, dans la proportion qui existe entre la somme assurée et la valeur de remplacement.	
Art. 52 Mesures de contrôle	Art. 52 Mesures de contrôle	
En cas de surassurance contre l'incendie, l'autorité compétente selon le droit cantonal peut, après expertise officielle et si la surassurance ne paraît pas justifiée, réduire à la valeur d'assurance la somme assurée.	Abrogé	
Art. 53 Double assurance	nouvel art. 46b	
1 Lorsque le même intérêt est assuré contre le même risque, et pour le même temps, par plus d'un assureur, de telle manière que les sommes assurées réunies dépassent la valeur d'assurance (double assurance), le preneur est tenu d'en donner connaissance à tous les assureurs, sans retard et par écrit.		
2 Si le preneur d'assurance a omis cet avis intentionnellement, ou s'il a conclu la double assurance dans l'intention de se procurer par là un profit illicite, les assureurs ne sont pas liés envers lui par le contrat.		
3 Chaque assureur a droit à toute la prestation convenue.		
Art. 54 Changement de propriétaire	Art. 54 Changement de propriétaire	
1 Si l'objet du contrat change de propriétaire, les droits et obligations découlant du contrat passent au nouveau propriétaire.		
2 Le nouveau propriétaire peut refuser le transfert du contrat par écrit dans les 30 jours suivant le changement de propriétaire.	2 Le nouveau propriétaire peut refuser le transfert du contrat <u>par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte</u> dans les 30 jours suivant le changement de propriétaire.	
3 L'entreprise d'assurances peut résilier le contrat dans les 14 jours après avoir eu connaissance de l'identité du nouveau propriétaire. Le contrat prend fin au plus tôt 30 jours après sa résiliation.	3 <u>L'entreprise d'assurance</u> peut résilier le contrat <u>par écrit</u> dans les 14 jours après avoir eu connaissance de l'identité du nouveau propriétaire. Le contrat prend fin au plus tôt 30 jours après sa résiliation.	
4 Les art. 28 à 32 s'appliquent par analogie si le changement de propriétaire provoque une aggravation du risque.		

Art. 55 Faillite du preneur d'assurance	nouvel art. 46a		
¹ En cas de faillite du preneur d'assurance, le contrat prend fin à la date d'ouverture de la faillite.			
² Si parmi les objets assurés se trouvent des biens insaisissables (art. 92 de la LF du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite), le bénéfice de l'assurance reste acquis pour ces objets au débiteur et à sa famille.			
Art. 56 Saisie; séquestre			
En cas de saisie ou de séquestre d'une chose assurée, l'assureur qui en a été informé en temps utile ne peut plus s'acquitter valablement qu'entre les mains de l'office des poursuites.			
Art. 57 Droit de gage sur la chose assurée			
¹ Si une chose qui fait l'objet d'un gage est assurée, le privilège du créancier s'étend aux droits que le contrat d'assurance confère au débiteur et aussi à la chose acquise en remploi au moyen de l'indemnité.			
² Si le droit de gage lui a été notifié, l'assureur ne peut payer l'indemnité à l'assuré qu'avec l'assentiment du créancier ou moyennant des garanties en faveur de ce dernier.			
Art. 58 Maintien du droit cantonal		Art. 58 Maintien du droit cantonal	
Demeurent réservées les dispositions des lois cantonales qui étendent à la somme assurée et au droit à l'assurance le droit réel qui existe sur la chose assurée, ainsi que les règles qui garantissent la prétention de l'ayant droit.		<i>Abrogé</i>	
		Art. 58 Evaluation du dommage	
		¹ <u>L'entreprise d'assurance</u> , de même que l'ayant droit, peuvent exiger que le dommage soit évalué sans retard par les parties. En cas de destruction partielle de produits agricoles, notamment par la grêle, l'évaluation du dommage doit être ajournée jusqu'à la récolte, si l'une des parties le demande.	actuel art. 67
		² Si l'une des parties refuse de participer à l'évaluation du dommage, ou si les parties ne peuvent pas s'entendre sur l'importance de celui-ci, l'évaluation doit, sauf convention contraire, être faite par des experts désignés par l'autorité judiciaire.	
		³ Le fait que <u>l'entreprise d'assurance</u> participe à l'évaluation du dommage ne lui enlève pas les exceptions qu' <u>elle</u> peut opposer à la prétention de l'ayant droit.	
		⁴ Est nulle la clause qui interdit à l'ayant droit de se faire assister dans l'évaluation du dommage.	

		⁵ Les frais de l'évaluation du dommage incombent aux parties par parts égales.	
		Section 2 Assurance responsabilité civile	
Art. 59 Assurance de la responsabilité civile		Art. 59 Assurance de la responsabilité civile	
a. Etendue		a. Etendue	
Lorsque le preneur d'assurance s'est assuré contre les conséquences de la responsabilité à la- quelle il est soumis légalement en raison d'une exploitation industrielle, l'assurance s'étend aussi à la responsabilité des représentants du preneur et à celle des personnes qui sont chargées de la direction ou de la surveillance de l'exploitation.			
		<u>² Dans le cas de l'assurance responsabilité civile obligatoire, les exceptions découlant d'événements assurés provoqués intentionnellement ou par négligence grave, de la violation d'obligations, du non-versement des primes ou d'une franchise convenue par contrat ne peuvent être opposées à la personne lésée.</u>	
Art. 60		Art. 60 Assurance de la responsabilité civile	
b. Gage légal du tiers lésé			
¹ En cas d'assurance contre les conséquences de la responsabilité légale, les tiers lésés ont, jusqu'à concurrence de l'indemnité qui leur est due, un droit de gage sur l'indemnité due au preneur d'assurance. L'assureur peut s'acquitter directement entre leurs mains.			
² L'assureur est responsable de tout acte qui porterait atteinte à ce droit des tiers.			
		Art. 60a Droit d'action directe et droit d'être renseigné	
		<u>¹ La personne lésée possède un droit d'action directe envers l'entreprise d'assurance dans le cadre de la couverture d'assurance. Les exceptions et les objections que l'entreprise d'assurance peut lui opposer en vertu de la loi ou du contrat sont réservées.</u>	
		<u>² La personne lésée peut exiger du responsable qu'il lui fournisse des renseignements con- cernant sa couverture d'assurance responsabilité civile.</u>	
		<u>³ Le présent article ne s'applique pas à l'assurance responsabilité civile non obligatoire pour les dommages purement économiques.</u>	
Art. 61 Obligation de sauvetage			
¹ Lors du sinistre, l'ayant droit est obligé de faire tout ce qui est possible pour restreindre le dommage. S'il n'y a pas péril en la demeure, il doit requérir les instructions de l'assureur sur les mesures à prendre et s'y conformer.	nouvel art. 42a		

² Si l'ayant droit contrevient à cette obligation d'une manière inexcusable, l'assureur peut réduire l'indemnité au montant auquel elle serait ramenée si l'obligation avait été remplie.		
Art. 62 Valeur de remplacement	Art. 62 Valeur de remplacement	
a. Principe	a. Principe	
La valeur de remplacement doit être calculée d'après la valeur que représentait l'intérêt assuré au moment du sinistre.	<i>Abrogé</i>	
Art. 63	Art. 63	
b. Assurance-incendie	b. Assurance-incendie	
¹ Dans l'assurance contre l'incendie, la valeur de remplacement est:	<i>Abrogé</i>	
1. pour les marchandises et les produits naturels, le prix courant;	<i>Abrogé</i>	
2. pour les édifices, la valeur locale de construction, déduction faite de la diminution de cette valeur depuis la construction. Si l'édifice n'est pas reconstruit, la valeur de remplacement ne peut pas dépasser la valeur vénale;	<i>Abrogé</i>	
3. pour les meubles meublants, les objets usuels, les instruments de travail et les machines, la somme qu'exigerait l'acquisition d'objets nouveaux; si toutefois les objets assurés ont subi une moins-value par usure ou pour toute autre cause, il doit être tenu un compte équitable de ce fait dans l'estimation de la valeur de remplacement.	<i>Abrogé</i>	
² Doit être aussi considéré comme résultant de l'incendie le dommage qui provient des mesures prises pour éteindre l'incendie ou d'un déménagement nécessaire, et qui consiste dans la destruction, la détérioration ou la disparition de la chose.	<i>Abrogé</i>	
Art. 64	Art. 64	
c. Autres assurances	c. Autres assurances	
¹ Dans l'assurance des marchandises contre les risques de transport, la valeur de la chose au lieu de destination fait règle.	<i>Abrogé</i>	
² Dans l'assurance du bétail, la valeur de l'animal immédiatement avant la maladie ou au moment de l'accident fait règle.	<i>Abrogé</i>	
³ En cas d'assurance d'un profit futur, le dommage doit être calculé d'après le profit qu'aurait procuré le succès de l'entreprise.	<i>Abrogé</i>	
⁴ En cas d'assurance d'un rendement à venir, le dommage se calcule d'après le rendement qui aurait été obtenu si le sinistre ne s'était pas produit.	<i>Abrogé</i>	
⁵ Seront déduits de la valeur de remplacement les frais qui ont été évités par suite du sinistre.	<i>Abrogé</i>	

Art. 65		Art. 65	
d. Convention concernant la valeur de remplacement		d. Convention concernant la valeur de remplacement	
¹ Si les parties ont fixé la valeur d'assurance par un accord spécial, la valeur convenue est considérée comme valeur de remplacement, à moins que l'assureur ne prouve que la valeur de remplacement, calculée suivant les prescriptions des art. 62, 63, 64 et 66 de la présente loi, est inférieure à la valeur d'assurance.		Abrogé	
² Une telle convention est nulle si elle porte sur l'assurance contre l'incendie d'un rendement ou d'un profit futur.		Abrogé	
Art. 66 Choses désignées par leur genre		Art. 66 Choses désignées par leur genre	
Si la chose assurée a été désignée par son genre, tous les objets de ce genre existant au moment du sinistre sont assurés.		Abrogé	
Art. 67 Evaluation du dommage	nouvel art. 58		
¹ L'assureur, de même que l'ayant droit, peuvent exiger que le dommage soit évalué sans retard par les parties. En cas de destruction partielle de produits agricoles, notamment par la grêle, l'évaluation du dommage doit être ajournée jusqu'à la récolte, si l'une des parties le demande.			
² Si l'une des parties refuse de participer à l'évaluation du dommage, ou si les parties ne peuvent pas s'entendre sur l'importance de celui-ci, l'évaluation doit, sauf convention contraire, être faite par des experts désignés par l'autorité judiciaire.			
³ Le fait que l'assureur participe à l'évaluation du dommage ne lui enlève pas les exceptions qu'il peut opposer à la prétention de l'ayant droit.			
⁴ Est nulle la clause qui interdit à l'ayant droit de se faire assister dans l'évaluation du dommage.			
⁵ Les frais de l'évaluation du dommage incombent aux parties par parts égales.			
Art. 68 Interdiction de changements	nouvel art. 42b		
¹ Tant que le dommage n'a pas été évalué, l'ayant droit ne doit, sans le consentement de l'assureur, apporter aux choses endommagées aucun changement qui pourrait rendre plus difficile ou impossible la détermination des causes du sinistre ou celle du dommage, à moins que ce changement ne paraisse s'imposer dans l'intérêt public, ou pour limiter le dommage.			
² Si l'ayant droit contrevient à cette obligation dans une intention frauduleuse, l'assureur n'est pas lié par le contrat.			

Art. 69 Somme assurée. Indemnité en cas de sous-assurance	art. 51a <i>nouvel</i>		
¹ A moins que le contrat ou la présente loi (art. 70) n'en dispose autrement, l'assureur ne répond du dommage que jusqu'à concurrence de la somme assurée.			
² Si la somme assurée n'atteint pas la valeur de remplacement (sous-assurance), le dommage doit être réparé, sauf convention contraire, dans la proportion qui existe entre la somme assurée et la valeur de remplacement.			
Art. 70 Frais de sauvetage	art. 42c <i>nouvel</i>		
¹ Si l'ayant droit a fait des frais pour limiter le dommage (art. 61) sans que cela fût manifestement inopportun l'assureur est tenu de les lui rembourser, même si les mesures prises l'ont été sans succès, ou si ces frais, ajoutés à l'indemnité, dépassent le montant de la somme assurée.			
² Si la somme assurée n'atteint pas la valeur de remplacement, l'assureur supporte les frais dans la proportion qui existe entre la somme assurée et la valeur de remplacement.			
Art. 71 Responsabilité des assureurs en cas de double assurance	art. 46c <i>nouvel</i>		
¹ S'il y a double assurance (art. 53), chaque assureur répond du dommage dans la proportion qui existe entre la somme assurée par lui et le montant total des sommes assurées.			
² Si l'un des assureurs est devenu insolvable, les autres assureurs sont tenus, sous réserve des dispositions de l'art. 70, al. 2, de la présente loi, pour la part qui incombe à l'assureur insolvable, proportionnellement aux sommes assurées et jusqu'à concurrence de la somme assurée par chacun d'eux. La prétention de l'ayant droit contre l'assureur insolvable passe aux assureurs qui acquittent l'indemnité.			
³ En cas de sinistre, l'ayant droit ne peut pas renoncer ou apporter des modifications à l'une quelconque des assurances au préjudice des autres assureurs.			
Art. 72 Recours de l'assureur	art. 95c <i>nouvel</i>		
¹ Les prétentions que l'ayant droit peut avoir contre des tiers en raison d'actes illicites passent à l'assureur jusqu'à concurrence de l'indemnité payée.			
² L'ayant droit est responsable de tout acte qui compromettrait ce droit de l'assureur.			
³ La disposition de l'al. 1 ci-dessus ne s'applique pas au cas où le dommage est dû à une faute légère d'une personne qui fait ménage commun avec l'ayant droit ou des actes de laquelle l'ayant droit est responsable.			

III. Dispositions spéciales à l'assurance des personnes		III. Dispositions spéciales à l'assurance des personnes	
		Section 3 Assurance sur la vie	
Art. 73 Nature juridique de la police; cession et nantissement	art. 13 nouvel		
¹ Le droit qui découle d'un contrat d'assurance de personnes ne peut être constitué en gage ou cédé ni par endossement ni par simple tradition de la police. Pour que la constitution du gage et la cession soient valables, il faut la forme écrite et la tradition de la police, ainsi qu'un avis écrit à l'assureur.			
² Si la police stipule que l'assureur a la faculté de payer au porteur, l'assureur de bonne foi peut considérer tout porteur de la police comme l'ayant droit.			
Art. 74 Assurance au décès d'autrui		Art. 74	
¹ L'assurance au décès d'autrui est nulle si celui sur la tête de qui l'assurance est conclue n'a pas donné son consentement écrit avant la conclusion du contrat; s'il s'agit d'un incapable, il faut le consentement écrit de son représentant légal.		¹ <u>L'assurance au décès d'autrui exige le consentement de la personne concernée, et toute modification de la clause bénéficiaire son approbation. Dans les deux cas, la forme écrite est requise.</u>	
² En revanche, le droit qui découle de l'assurance peut être cédé sans le consentement du tiers.			
³ Il peut être convenu que les dispositions des art. 6 et 28 de la présente loi s'appliqueront aussi lorsque celui sur la tête de qui l'assurance au décès est faite a commis une réticence ou aggravé le risque.		<i>Abrogé</i>	
Art. 75 Indication inexacte de l'âge		Art. 75 Indication inexacte de l'âge	
¹ En cas d'indication inexacte de l'âge, l'assureur ne peut se départir du contrat que si l'âge réel lors de l'entrée ne rentre pas dans les limites d'admission fixées par lui.		<i>Abrogé</i>	
² Si, par contre, l'âge d'entrée est compris dans ces limites, il y a lieu d'appliquer les règles suivantes:		<i>Abrogé</i>	
1. si, par suite de l'indication inexacte de l'âge, il a été payé une prime moindre que celle qui aurait dû être payée d'après l'âge réel d'entrée, l'obligation de l'assureur doit être réduite dans la proportion qui existe entre la prime stipulée et la prime du tarif pour l'âge réel d'entrée. Si l'assureur s'était déjà acquitté, il a le droit de répéter, avec les intérêts, ce qu'il a payé de trop d'après ce calcul;		<i>Abrogé</i>	
2. si, par suite de l'indication inexacte de l'âge, il a été payé une prime plus élevée que celle qui aurait dû être payée d'après l'âge réel d'entrée, l'assureur est tenu de rembourser la différence entre la réserve existante et celle qui était nécessaire pour l'âge réel		<i>Abrogé</i>	

d'entrée. Les primes ultérieures doivent être réduites d'après l'âge réel d'entrée;		
3. pour les calculs prévus aux ch. 1 et 2 du présent article, il faut appliquer les tarifs qui étaient en vigueur lors de la conclusion du contrat.	<i>Abrogé</i>	
Art. 76 Clause bénéficiaire	Art. 76 Clause bénéficiaire	
a. Principe; étendue	a. Principe; étendue	
¹ Le preneur d'assurance a le droit de désigner un tiers comme bénéficiaire sans l'assentiment de l'assureur.		
² La clause bénéficiaire peut comprendre tout ou partie du droit qui découle de l'assurance.		
	³ <u>Si un bénéficiaire perd ses droits pour des motifs qui lui sont imputables, sa part est répartie par fractions égales entre les autres bénéficiaires.</u>	
Art. 77		
b. Droit de disposition du preneur d'assurance		
¹ Le preneur d'assurance, même lorsqu'un tiers est désigné comme bénéficiaire, peut disposer librement, soit entre vifs soit pour cause de mort, du droit qui découle de l'assurance.		
² Le droit de révoquer la désignation du bénéficiaire ne cesse que si le preneur a renoncé par écrit signé à la révocation dans la police même et a remis celle-ci au bénéficiaire.		
Art. 78	Art. 78	
c. Nature du droit du bénéficiaire	c. Nature du droit du bénéficiaire	
Sauf dispositions prises à teneur de l'art. 77, al. 1, de la présente loi, la clause bénéficiaire crée au profit du bénéficiaire un droit propre sur la créance que cette clause lui attribue.		
	² <u>Si un bénéficiaire n'est plus en vie lors de la survenance du sinistre et qu'aucun bénéficiaire suivant n'a été désigné, son droit revient à ses héritiers.</u>	
Art. 79		
d. Causes légales d'extinction du droit		
¹ La désignation du bénéficiaire s'éteint en cas de saisie de l'assurance ou de faillite du preneur d'assurance. Elle reprend son effet si la saisie tombe ou si la faillite est révoquée.		

² Si le preneur d'assurance avait renoncé à son droit de révoquer la désignation du bénéficiaire, le droit à l'assurance qui découle de cette désignation n'est pas soumis à l'exécution forcée au profit des créanciers du preneur.		
Art. 80		
e. Exclusion de l'exécution forcée par saisie ou faillite		
Lorsque le preneur d'assurance a désigné comme bénéficiaires son conjoint, son partenaire enregistré ou ses descendants, le droit qui découle de la désignation du bénéficiaire et celui du preneur ne sont pas soumis à l'exécution forcée au profit des créanciers du preneur, sous réserve toutefois des droits de gage existants.		
Art. 81		
f. Droit d'intervention		
¹ Dès qu'un acte de défaut de biens est délivré contre le preneur d'assurance ou dès que celui-ci est en faillite, le conjoint, le partenaire enregistré ou les descendants désignés comme bénéficiaires d'une assurance sur la vie sont substitués au preneur dans le contrat, à moins qu'ils ne récusent expressément cette substitution.		
² Les bénéficiaires sont tenus de notifier à l'assureur le transfert de l'assurance en produisant une attestation de l'office des poursuites ou de l'administration de la faillite. S'il y a plusieurs bénéficiaires, ils doivent désigner un mandataire commun pour recevoir les communications qui incombent à l'assureur.		
Art. 82		
g. Réserve de l'action révocatoire		
Sont réservées, en ce qui concerne les dispositions de la présente loi sur la clause bénéficiaire, les prescriptions des art. 285 ss de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite.		
Art. 83		
h. Interprétation de la clause bénéficiaire		
aa. En ce qui a trait aux bénéficiaires		
¹ Lorsque les enfants d'une personne déterminée sont désignés comme bénéficiaires, il faut entendre par ces enfants les descendants successibles.		
² Par le conjoint désigné comme bénéficiaire, il faut entendre l'époux survivant.		
^{2bis} Par le partenaire enregistré désigné comme bénéficiaire, il faut entendre le partenaire en- enregistré survivant.		

3 Par les héritiers ou ayant cause désignés comme bénéficiaires, il faut entendre d'abord les descendants successibles et le conjoint ou le partenaire enregistré survivant, puis, s'il n'y a ni descendants successibles, ni conjoint ou partenaire enregistré survivant, les autres personnes ayant droit à la succession.		
Art. 84		
bb. En ce qui a trait aux parts		
¹ Si le droit qui découle de l'assurance échoit aux descendants successibles et au conjoint ou au partenaire enregistré survivant comme bénéficiaires, il revient pour moitié au conjoint ou au partenaire enregistré survivant et pour moitié aux descendants suivant leur droit de succession.		
² Lorsque d'autres héritiers sont désignés comme bénéficiaires, ils ont droit à l'assurance suivant leur droit de succession.		
3 Lorsque des personnes non successibles ont été désignées comme bénéficiaires sans indication précise de la part qui leur revient, l'assurance se répartit entre elles par parts égales.		
⁴ Lorsqu'un bénéficiaire disparaît, sa part accroît, par fractions égales, aux autres bénéficiaires.		
Art. 85		
i. Répudiation de la succession		
Lorsque les bénéficiaires se trouvent être les descendants successibles, le conjoint ou le partenaire enregistré survivant, le père ou la mère, les grands-parents, les frères ou sœurs, l'assurance leur échoit, même s'ils répudient la succession.		
Art. 86 Réalisation de l'assurance par voie de saisie ou de faillite.		
¹ Si le droit qui découle d'un contrat d'assurance sur la vie conclu par le débiteur sur sa propre tête est soumis à la réalisation par voie de saisie ou de faillite, le conjoint, le partenaire enregistré ou les descendants peuvent, avec le consentement du débiteur, exiger que l'assurance leur soit cédée contre paiement de la valeur de rachat.		
² Lorsqu'un droit de ce genre a été constitué en gage et qu'il doit être réalisé par voie de saisie ou de faillite, le conjoint, le partenaire enregistré ou les descendants du débiteur peuvent, avec le consentement de celui-ci, exiger que l'assurance leur soit cédée contre paiement de la créance garantie ou, si celle-ci est inférieure à la valeur de rachat, contre paiement de cette valeur.		
3 Le conjoint, le partenaire enregistré ou les descendants doivent présenter leur demande à l'office des poursuites ou à l'administration de la faillite avant la réalisation de la créance.		
Art. 87 Assurance collective contre les accidents. Droits du bénéficiaire		

L'assurance collective contre les accidents ou la maladie donne au bénéficiaire, dès qu'un accident ou une maladie est survenu, un droit propre contre l'assureur.	art. 95 nouvel		
Art. 88 Assurance contre les accidents. Indemnité d'invalidité	art. 95b nouvel		
¹ A moins que le preneur d'assurance contre les accidents n'ait expressément stipulé l'indemnité sous forme de rente, elle doit être versée sous forme de capital, lorsque l'accident a causé à l'assuré une diminution probablement permanente de sa capacité de travail. Le capital doit être calculé et payé, d'après la somme assurée pour l'invalidité, dès que les conséquences probablement permanentes de l'accident ont été définitivement constatées.			
² Il peut être convenu que des rentes seront payées dans l'intervalle et déduites de l'indemnité.			
Art. 89 Droit du preneur d'assurance de se départir du contrat		Art. 89 Assurance sur la vie. Résiliation anticipée et conversion	
¹ Le preneur d'assurance qui a payé la prime pour une année a le droit de se départir du contrat d'assurance sur la vie et de refuser le paiement des primes ultérieures.		<u>Le preneur d'assurance peut résilier le contrat après un an par écrit, quelle que soit la durée convenue.</u>	
² Le contrat doit être dénoncé à l'assureur, par écrit, avant le commencement d'une nouvelle période d'assurance.		Abrogé	
Art. 89a Droit du preneur d'assurance de se départir du contrat conclu en prestation de services transfrontière		Art. 89a Droit du preneur d'assurance de se départir du contrat conclu en prestation de services transfrontière	
Les dispositions suivantes s'appliquent aux contrats individuels d'assurance sur la vie conclus en prestation de services transfrontière avec des assureurs ayant leur siège sur le territoire d'un Etat (Etat contractant) avec lequel la Suisse a conclu, sur une base de réciprocité, un accord de droit international public prévoyant la reconnaissance de dispositions et de mesures de droit de surveillance et garantissant que cet Etat applique des règles équivalentes à celles de la Suisse, tant que cet accord est en vigueur:		Abrogé	
a. le preneur d'assurance qui conclut un contrat d'assurance sur la vie d'une durée supérieure à six mois a le droit de se départir du contrat dans un délai de quatorze jours à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Le contrat doit être dénoncé à l'assureur par écrit. Le délai est respecté lorsque la dénonciation est remise à la poste le quatorzième jour;		Abrogé	
b. le preneur d'assurance est réputé informé que le contrat est conclu le jour où l'acceptation de l'assureur lui parvient ou le jour de l'acceptation par le preneur d'assurance;		Abrogé	

c. la communication par le preneur d'assurance qu'il se départit du contrat a pour effet de le libérer pour l'avenir de toute obligation découlant de ce contrat. L'assureur est tenu de rembourser au preneur d'assurance les primes déjà payées ou les versements uniques déjà effectués;	<i>Abrogé</i>	
d. l'assureur doit renseigner le proposant sur le droit de se départir du contrat, sur le délai et la forme d'exercice de ce droit et lui indiquer l'adresse de l'établissement avec lequel le contrat est conclu dans le formulaire de proposition et dans les conditions générales de l'assurance. S'il n'est pas remis de formulaire de proposition, ces indications doivent figurer dans la police et dans les conditions générales de l'assurance. Si cette prescription n'est pas respectée, le client peut se départir en tout temps du contrat.	<i>Abrogé</i>	
Art. 90 Réduction et rachat	Art. 90 Transformation et rachat	
a. Règle générale	a. Règle générale	
¹ A la demande de l'ayant droit, l'assureur doit transformer totalement ou partiellement en une assurance libérée toute assurance sur la vie pour laquelle les primes ont été payées pour trois ans au moins.	¹ <u>Si l'assurance a une valeur de transformation, le preneur d'assurance peut demander qu'elle soit transformée totalement ou partiellement en une assurance libérée du paiement des primes. Le contrat peut prévoir une valeur minimum.</u>	
² L'assureur doit de plus, à la demande de l'ayant droit et si les primes ont été payées pour trois ans au moins, racheter, totalement ou partiellement, toute assurance sur la vie pour laquelle il est certain que l'événement assuré se réalisera.	² <u>Si la valeur de transformation est inférieure à la valeur minimum prévue, l'entreprise d'assurance accorde au preneur d'assurance un dédommagement approprié.</u>	
	³ <u>Si une assurance pour laquelle il est certain que l'événement assuré se réalisera a une valeur de rachat à la fin totale ou partielle du contrat, le preneur d'assurance peut en exiger le paiement.</u>	
Art. 91		
b. Fixation des valeurs de règlement		
¹ L'assureur doit fixer les bases de la détermination de la valeur de réduction et de la valeur de rachat.		
² Les règles concernant la réduction et le rachat doivent faire partie des conditions générales d'assurance.		
³ L'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) décide si les valeurs de règlement prévues sont équitables.		
Art. 92		
c. Obligation de l'assureur; vérification par la FINMA; échéance du prix de rachat		

¹ Si l'ayant droit le demande, l'assureur est tenu, dans les quatre semaines, de calculer la valeur de réduction ou de rachat de l'assurance et de la lui faire connaître. Il doit de plus, si l'ayant droit le requiert, lui fournir les données qui sont nécessaires à des experts pour calculer la valeur de réduction ou de rachat.		
² A la demande de l'ayant droit, la FINMA révisé gratuitement ces calculs.		
³ Si l'ayant droit demande le rachat, le prix de rachat est échu trois mois après que la demande est parvenue à l'assureur.		
Art. 93		
d. Non-déchéance		
¹ Si le paiement des primes cesse après que l'assurance a été en vigueur pendant trois ans au moins, la valeur de réduction est due. L'assureur doit fixer, suivant les prescriptions de la présente loi, la valeur de réduction, et aussi, pour les assurances susceptibles de rachat, la valeur de rachat; il en doit donner sur demande communication à l'ayant droit.		
² Si l'assurance est susceptible de rachat, l'ayant droit peut, dans les six semaines après qu'il a reçu cette communication, demander le rachat au lieu de la réduction.		
Art. 94		
e. Réduction et rachat de la participation aux bénéfices		
Les dispositions de la présente loi concernant la réduction et le rachat des assurances sur la vie sont aussi applicables aux prestations que l'assureur a accordées à l'ayant droit comme participation aux bénéfices de l'entreprise sous la forme d'une augmentation des prestations d'assurance.		
Art. 95 Droit de gage de l'assureur; réalisation	Art. 95 Droit de gage de l'entreprise d'assurance. Réalisation	
Si l'ayant droit a donné en gage à l'assureur le droit qui découle d'un contrat d'assurance sur la vie, l'assureur peut compenser sa créance avec la valeur de rachat, après avoir sans succès adressé au débiteur une sommation écrite de payer la dette dans les six mois à partir de la sommation, en le prévenant des conséquences de la demeure.	Si l'ayant droit a donné en gage à l'entreprise d'assurance le droit qui découle du contrat d'assurance sur la vie, l'entreprise d'assurance peut compenser sa créance avec la valeur de rachat de l'assurance, après avoir sans succès adressé au débiteur, <u>par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte</u> , une sommation de payer la dette dans les six mois à partir de la réception de la sommation, en le prévenant des conséquences de la demeure.	

Art. 96	Art. 96	
Exclusion du recours de l'assureur	Exclusion du recours de <u>l'entreprise d'assurance</u>	
Dans l'assurance des personnes, les droits que l'ayant droit aurait contre des tiers en raison du sinistre ne passent pas à l'assureur.	Dans l'assurance <u>de sommes</u> , les droits que l'ayant droit aurait contre des tiers en raison du sinistre ne passent pas à <u>l'entreprise d'assurance</u> .	
IV. Dispositions impératives	III. Dispositions impératives	
Art. 97 Prescriptions qui ne peuvent être modifiées	Art. 97 Prescriptions qui ne peuvent être modifiées	
¹ Ne peuvent pas être modifiées par convention les dispositions suivantes: art. 9, 10, 13, 24, 41, al. 2, 46a, 47, 51, 53, 62, 63, 65, al. 2, 67, al. 4, 71, al. 1, 73 et 74, al. 1.	Ne peuvent pas être modifiées par convention les dispositions suivantes: art. 10, al. 2, 10a, 13, 35, 35b, 35d, 37, 41, al. 2, 46b, al. 1 et 2, 47, 47a, 51, 58, al. 4, 74, al. 1, et 95c, al. 1 et 2.	
² Cette règle n'est pas applicable aux assurances-transport, en tant qu'elle concerne les art. 47 et 71, al. 1, de la présente loi.	<i>Abrogé</i>	
Art. 98 Prescriptions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit	Art. 98 Prescriptions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit	
¹ Ne peuvent être modifiées par convention au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, les dispositions suivantes: art. 1, 2, 3, al. 1 à 3, 3a, 6, 11, 12, 14, al. 4, 15, 19, al. 2, 20 à 22, 28, 29, al. 2, 30, 32, 34, 39, al. 2, ch. 2, 2 ^e phrase, 42, al. 1 à 3, 44 à 46, 54 à 57, 59, 60, 72, al. 3, 76, al. 1, 77, al. 1, 87, 88, al. 1, 89, 89a, 90 à 94, 95 et 96.	Ne peuvent être modifiées par convention au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit, les dispositions suivantes: art. 1 <u>à 3a</u> , <u>6 à 9</u> , 11, 14, al. 2 et 4, 15, 20, 21, 24, <u>27 à 33</u> , 35a, 35c, 36, 38, al. 1 et 2, 39, al. 2, ch. 2, 2 ^e phrase, 42, al. 1 et 2, 42c, 44 à 46a, 46c, 50, 54 à 57, 59 à 60a, al. 1 et 2, 76, al. 1, 77, al. 1, <u>89 à 95b</u> , al. 1, 95c, al. 3, et 96.	
² Cette règle n'est pas applicable aux assurances-transport.	<i>Abrogé</i>	
	Art. 98a Exceptions	
	¹ <u>Les art. 97 et 98 ne s'appliquent pas aux assurances-crédit, aux assurances de cautionnement et aux assurances-transport, pour autant qu'il s'agisse d'assurances de risques professionnels ou commerciaux. Ils ne s'appliquent pas non plus aux preneurs d'assurance professionnels.</u>	
	² <u>On entend par preneurs d'assurance professionnels:</u>	
	<u>a. les institutions de la prévoyance professionnelle et les autres institutions servant à la prévoyance professionnelle;</u>	
	<u>b. les intermédiaires financiers au sens de la loi du 8 novembre 1934 sur les banques et de la loi du 23 juin 2006 sur les placements collectifs;</u>	
	<u>c. les entreprises d'assurance visées par la LSA;</u>	
	<u>d. les preneurs d'assurance étrangers soumis à une surveillance prudentielle équivalente à celle des personnes énoncées aux let. a à c;</u>	
	<u>e. les établissements de droit public disposant d'une fonction de gestion professionnelle des risques;</u>	
	<u>f. les entreprises disposant d'une gestion professionnelle des risques.</u>	

Art. 99 Compétence réservée au Conseil fédéral		
Le Conseil fédéral peut par ordonnance disposer que, dans la mesure où la nature même ou les conditions spéciales de certaines combinaisons d'assurances l'exigent, les restrictions prévues à l'art. 98 de la présente loi, relatives à la liberté des conventions, ne sont pas applicables à ces combinaisons.		
V. Dispositions finales	IV. Dispositions finales	
Art. 100 Rapport entre la loi et le droit des obligations		
¹ Le contrat d'assurance est régi par le droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la présente loi.		
² Pour les preneurs d'assurance et les assurés qui, en vertu de l'art. 10 de la loi du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage sont réputés chômeurs, les art. 71, al. 1 et 2, et 73, LAMal sont en outre applicables par analogie.		
Art. 101 Rapports de droit échappant à la loi		
¹ La présente loi n'est pas applicable:		
1. aux contrats de réassurance;		
2. aux rapports de droit privé entre les entreprises d'assurance qui ne sont pas soumises à la surveillance en vertu de l'art. 2, al. 2, LSA et leurs assurés, à l'exception des rapports de droit pour l'exécution desquels les entreprises sont soumises à la surveillance des assurances.		
² Ces rapports de droit sont régis par le code des obligations.		
Art. 101a Disposition particulière concernant la loi applicable dans les Etats contractants	Art. 101a Disposition particulière concernant la loi applicable dans les Etats contractants	
Les art. 101b et 101c de la présente loi sont applicables aussi longtemps qu'est en vigueur un accord de droit international public prévoyant la reconnaissance de prescriptions et de mesures de droit de surveillance et garantissant que cet Etat applique des règles équivalentes à celles de la Suisse.	<i>Abrogé</i>	
Art. 101b Loi applicable dans le domaine de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie	Art. 101b Loi applicable dans le domaine de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie	
¹ Les dispositions suivantes s'appliquent aux contrats d'assurance portant sur des branches d'assurance directe autres que l'assurance sur la vie désignées par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 6 LSA lorsqu'ils couvrent des risques situés sur le territoire d'un Etat contractant au sens de l'al. 5:	<i>Abrogé</i>	

a. lorsque le preneur d'assurance a sa résidence habituelle ou son administration centrale sur le territoire de l'Etat contractant où le risque est situé, la loi applicable au contrat d'assurance est celle de cet Etat. Toutefois, lorsque le droit de cet Etat contractant le permet, les parties peuvent choisir la loi d'un autre pays;	<i>Abrogé</i>	
b. lorsque le preneur d'assurance n'a pas sa résidence habituelle ou son administration centrale sur le territoire de l'Etat contractant où le risque est situé, les parties au contrat d'assurance peuvent choisir d'appliquer soit la loi de l'Etat contractant où le risque est situé, soit la loi du pays où le preneur a sa résidence habituelle ou son administration centrale;	<i>Abrogé</i>	
c. lorsque le preneur d'assurance exerce une activité commerciale, industrielle ou libérale et que le contrat couvre deux ou plusieurs risques relatifs à ces activités et situés dans différents Etats contractants, la liberté de choix de la loi applicable au contrat s'étend aux lois de ces Etats et du pays où le preneur a sa résidence habituelle ou son administration centrale;	<i>Abrogé</i>	
d. lorsque les lois pouvant être choisies selon les let. b et c accordent une plus grande liberté de choix de la loi applicable au contrat, les parties peuvent se prévaloir de cette liberté;	<i>Abrogé</i>	
e. lorsque les risques couverts par le contrat se limitent à des sinistres qui peuvent sur-venir dans un Etat contractant autre que celui où le risque est situé, les parties peuvent choisir le droit du premier Etat;	<i>Abrogé</i>	
f. pour l'assurance des grands risques au sens de l'al. 6, les parties peuvent choisir n'importe quelle loi;	<i>Abrogé</i>	
g. lorsque les éléments essentiels de la situation tels que le preneur d'assurance, le lieu où le risque est situé, sont localisés dans un seul Etat contractant, le choix d'une loi par les parties ne peut, dans les cas indiqués aux let. a ou f, porter atteinte aux dispositions impératives de cet Etat;	<i>Abrogé</i>	
h. le choix mentionné aux let. a à g doit être formulé explicitement ou résulter sans équivoque des clauses du contrat ou des circonstances de la cause. Si tel n'est pas le cas ou si aucun choix n'a été fait, le contrat est régi par la loi de l'Etat, parmi ceux qui entrent en ligne de compte aux termes des let. précitées, avec lequel il présente les liens les plus étroits. Toutefois, si une partie du contrat peut être séparée du reste et présente un lien plus étroit avec un autre des Etats qui entrent en ligne de compte conformément aux let. précitées, la loi de cet autre Etat pourra, à titre exceptionnel, être appliquée à cette partie du contrat. Il est présumé que le contrat présente les liens les plus étroits avec l'Etat contractant où le risque est situé.	<i>Abrogé</i>	
2 Sont réservées les dispositions du droit suisse impératives quel que soit le droit applicable, au sens de l'art. 18 de la loi fédérale du 18 décembre 1987 sur le droit international privé.	<i>Abrogé</i>	

³ Sont également réservées les dispositions, impératives au sens de l'art. 19 de la loi fédérale du 18 décembre 1987 sur le droit international privé, du droit de l'Etat contractant où le risque est situé ou d'un Etat contractant décrétant l'obligation d'assurance.	<i>Abrogé</i>	
⁴ Lorsque le contrat couvre des risques situés dans plus d'un Etat contractant, il est considéré, pour l'application des al. 2 et 3, comme représentant plusieurs contrats dont chacun ne se rapporterait qu'à un seul Etat contractant.	<i>Abrogé</i>	
⁵ Un risque est situé dans l'Etat dans lequel:	<i>Abrogé</i>	
a. les biens se trouvent lorsque l'assurance concerne soit des immeubles, soit des immeubles et leur contenu;	<i>Abrogé</i>	
b. les véhicules de toute nature sont immatriculés;	<i>Abrogé</i>	
c. le preneur d'assurance a souscrit un contrat d'une durée maximale de quatre mois, relatif à des risques encourus au cours d'un voyage ou de vacances, nonobstant la branche concernée;	<i>Abrogé</i>	
d. le preneur d'assurance a sa résidence habituelle ou, si le preneur est une personne morale, l'établissement auquel le contrat se rapporte.	<i>Abrogé</i>	
⁶ Par grands risques on entend:	<i>Abrogé</i>	
a. les risques classés sous les branches corps de véhicules ferroviaires, corps de véhicules aériens, corps de véhicules maritimes, lacustres et fluviaux, marchandises transportées, responsabilité civile pour véhicules aériens et véhicules maritimes, lacustres et fluviaux;	<i>Abrogé</i>	
b. les risques classés sous les branches crédit et caution lorsque le preneur exerce une activité industrielle, commerciale ou libérale et que le risque est lié à cette activité;	<i>Abrogé</i>	
c. les risques classés sous les branches corps de véhicules terrestres, incendie et éléments naturels, autres dommages aux biens, responsabilité civile pour véhicules terrestres automoteurs, responsabilité civile générale et pertes pécuniaires diverses lorsque le preneur dépasse les limites chiffrées d'au moins deux des trois critères suivants:	<i>Abrogé</i>	
1. total du bilan: 6,2 millions d'euros;	<i>Abrogé</i>	
2. montant net du chiffre d'affaires: 12,8 millions d'euros;	<i>Abrogé</i>	
3. nombre de membres du personnel employé en moyenne au cours de l'exercice: 250.	<i>Abrogé</i>	
Art. 101c Loi applicable dans le domaine de l'assurance sur la vie	Art. 101c Loi applicable dans le domaine de l'assurance sur la vie	
¹ La loi applicable aux contrats d'assurance sur la vie désignés par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 6 LSA est la loi de l'Etat contractant dans lequel le preneur d'assurance a sa résidence habituelle ou, si le preneur est une personne morale, l'établissement auquel le contrat se rapporte. Toutefois, lorsque	<i>Abrogé</i>	

le droit de l'Etat contractant le permet, les parties peuvent choisir la loi d'un autre pays.		
2 Lorsque le preneur est une personne physique ayant sa résidence habituelle dans un Etat contractant autre que celui dont il est ressortissant, les parties peuvent choisir la loi de l'Etat contractant dont il est ressortissant.	<i>Abrogé</i>	
3 ...		
4 Sont réservées les dispositions du droit suisse impératives quel que soit le droit applicable au contrat, au sens de l'art. 18 de la loi fédérale du 18 décembre 1987 sur le droit international privé.	<i>Abrogé</i>	
⁵ Sont également réservées les dispositions impératives au sens de l'art. 19 de la loi fédérale du 18 décembre 1987 sur le droit international privé, du droit de l'Etat contractant de l'engagement.	<i>Abrogé</i>	
Art. 102 Rapport entre le nouveau droit et l'ancien	Art. 102 Rapport entre le nouveau droit et l'ancien	
¹ Dès l'entrée en vigueur de la présente loi, sont applicables aux contrats d'assurance alors en vigueur les prescriptions des art. 11, al. 2, 13, 20, 21, 22, al. 2 à 4, 29, al. 2, 34, 35, 36, 37, 43, 44, 45, 54, 55, 56, 57, 60, 65, al. 2, 66, 67, al. 4, 73, al. 2, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 93, al. 1, 1 ^{re} phrase, 95 et 96.	<i>Abrogé</i>	Le projet ne contient aucune disposition transitoire. Or, au vu de l'ampleur des modifications proposées, il nous semble indispensable de prévoir expressément si et dans quelle mesure les nouvelles dispositions s'appliqueront aux contrats déjà en vigueur. Quant aux contrats conclus après l'entrée en vigueur de la révision, un délai de mise en œuvre adéquat sera nécessaire, à tout le moins pour les dispositions qui impliquent des adaptations dans les contrats ou tout autre document contractuel ou précontractuel.
² La disposition de l'art. 44, al. 3, portant que le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut faire les communications qui lui incombent aussi à tout agent de l'assureur, n'est toutefois applicable à ces contrats que si l'assureur omet de faire connaître une adresse en Suisse au preneur ou à l'ayant droit.	<i>Abrogé</i>	
3 Les contrats qui ont été conclus avant cette entrée en vigueur de la présente loi, mais qui, après l'entrée en vigueur, peuvent être dénoncés à teneur des conventions, sont soumis de plus aux dispositions énumérées dans les art. 97 et 98 à partir de la date pour laquelle ils pouvaient être dénoncés.	<i>Abrogé</i>	
4 Au surplus, les art. 882 et 883 du code fédéral des obligations du 14 juin 1881 sont applicables par analogie.	<i>Abrogé</i>	
Art. 103 Abrogation	Art. 103 Abrogation	
¹ Sous réserve de l'art. 102, al. 4, de la présente loi, seront abrogés, dès l'entrée en vigueur de celle-ci, l'art. 896 du code fédéral des obligations du 14 juin 1881, ainsi que toutes les prescriptions contraires des lois et ordonnances cantonales.	<i>Abrogé</i>	

2 Sont toutefois réservées les règles de droit cantonal qui régissent l'assurance dans les établissements d'assurance organisés par les cantons.	<i>Abrogé</i>	
Art. 104 Mise en vigueur de la loi		
Le Conseil fédéral est chargé, conformément à la loi fédérale du 17 juin 1874 concernant les votations populaires sur les lois et arrêtés fédéraux, de publier la présente loi et de fixer la date de son entrée en vigueur.		
Modification d'autres actes		
1. Code des obligations	1. Code des obligations	
Art. 113	Art. 113	
II. En cas de responsabilité civile couverte par une assurance	II. En cas de responsabilité civile couverte par une assurance	
Lorsqu'un employeur est assuré contre les suites de la responsabilité civile et que l'employé a contribué au moins pour la moitié au paiement des primes, les droits dérivant de l'assurance appartiennent exclusivement à l'employé.	<i>Abrogé</i>	
2. Loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances	2. Loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances	
Art. 2 Champ d'application	Art. 2 Champ d'application	
¹ Sont soumis à la surveillance au sens de la présente loi:		
a. les entreprises d'assurance suisses qui exercent une activité en matière d'assurance directe ou de réassurance;		
b. les entreprises d'assurance ayant leur siège social à l'étranger, pour leur activité en matière d'assurance en Suisse ou à partir de la Suisse, sous réserve de dispositions contraires de traités internationaux;		
c. les intermédiaires d'assurance;		
d. les groupes d'assurance et les conglomérats d'assurance.		
² Sont exceptés de la surveillance au sens de la présente loi:		
a. les entreprises d'assurance ayant leur siège social à l'étranger qui ne pratiquent en Suisse que la réassurance;		
b. les entreprises d'assurance dont l'activité en matière d'assurance est soumise à une surveillance particulière en vertu du droit fédéral, dans la mesure de la surveillance exercée sur cette activité; sont réputées telles notamment les institutions de prévoyance inscrites au registre de la prévoyance professionnelle;		

c. les intermédiaires d'assurance qui ont un lien de dépendance avec un preneur d'assurance, pour autant qu'ils ne représentent que les intérêts de ce preneur d'assurance et des sociétés qu'il domine.		
d. les sociétés coopératives d'assurance existant au 1 ^{er} janvier 1993: 1. qui ont leur siège en Suisse, 2. qui sont étroitement liées à une association ou à une fédération dont le but principal n'est pas l'activité d'assurance, 3. dont le volume annuel de primes brutes n'a jamais dépassé 3 millions de francs depuis le 1^{er} janvier 1993, 4. dont l'activité se limite au territoire de la Suisse depuis le 1^{er} janvier 1993, 5. qui assurent uniquement des membres de l'association ou de la fédération avec laquelle elles sont étroitement liées, et 6. dont les assurés sont identiques aux membres de la société coopérative d'assurance ayant le droit de vote et peuvent décider eux-mêmes des prestations et des primes d'assurance du fait de leur qualité de membre.		
	<u>e. les associations, fédérations, sociétés coopératives et fondations qui accordent à leurs membres des cautionnements, des garanties ou toutes autres opérations de garantie, lorsque leur domaine d'activité se limite au territoire suisse et que le gain réalisé est attribué aux preneurs de cautionnement et de garantie;</u>	
	<u>f. les établissements assujettis à la surveillance de la FINMA conformément à une des autres lois sur les marchés financiers citées à l'art. 1, al. 1, de la loi du 22 juin 2007 sur la surveillance des marchés financiers sans être eux-mêmes des entreprises d'assurance et qui accordent des cautionnements, des garanties ou toutes autres opérations de garantie.</u>	
³ Lorsque des circonstances particulières le justifient, l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) peut libérer de la surveillance une entreprise d'assurance pour laquelle l'activité d'assurance est de faible importance économique ou ne touche qu'un cercle restreint d'assurés.		
⁴ Le Conseil fédéral définit l'activité en Suisse en matière d'assurance.		
	Art. 2^{bis} Obligations des entreprises d'assurance et personnes visées à l'art. 2, al. 2, let. d à f, et 3	
	<u>¹ Les entreprises d'assurances visées à l'art. 2, al. 2, let. d à f, et al. 3, indiquent leur exception de la surveillance aux preneurs d'assurance avant la conclusion d'une relation d'assurance et dans la documentation publicitaire.</u>	

	<u>2 Les personnes visées à l'art. 2, al. 2, let. e, indiquent leur exception de la surveillance aux preneurs d'assurance avant la conclusion d'une relation d'assurance et dans la documentation publicitaire.</u>	
	<u>3 Une entreprise d'assurance soumise à surveillance qui remplit les conditions d'exception à la surveillance ne peut être libérée de la surveillance que lorsqu'elle a accordé à tous les preneurs d'assurance le droit de dissoudre le contrat. Les primes versées pour la période suivant la dissolution doivent être remboursées sans déduction.</u>	
Art. 86 Contraventions	Art. 86 Contraventions	
¹ Est puni d'une amende de 500 000 francs au plus quiconque, intentionnellement:		
a viole une obligation prévue à l'art. 13;		
b viole un devoir d'annonce prévu à l'art. 21;		
c. ne remet pas dans le délai fixé par la loi le rapport de gestion et le rapport de surveillance au sens de l'art. 25;		
d. ne constitue pas les provisions techniques prescrites par le droit de surveillance ou approuvées dans un cas particulier;		
e. viole le devoir d'information prévu à l'art. 45;	e. viole une des obligations prévues <u>aux</u> art. <u>2</u> ^{bis} et 45;	
f. viole les règles de l'art. 79c, al. 1, de la loi du 19 décembre 1958 sur la circulation routière relatives au règlement des sinistres dans le secteur de l'assurance responsabilité civile pour véhicules automobiles.		
² Si l'auteur agit par négligence, il est puni d'une amende de 150 000 francs au plus.		

Poststrasse 25, 3071 Ostermundigen
Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern

3071 Ostermundigen, 25. Oktober 2016

Vernehmlassung zur Revision des Versicherungsvertragsgesetzes

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Da eine Bestimmung der oben erwähnten Revision auch das Konkursverfahren betrifft, möchten wir uns aufgrund der von unseren Mitgliedern eingereichten Bemerkungen dazu wie folgt äussern:

Zu Art. 46a EVVG

Zu begrüssen ist, dass der bisherige, offenbar wenig überlegt erlassene Art. 55 VVG geändert werden soll. Wie bereits der erläuternde Bericht festhält, sind Versicherungsprämien im Zeitpunkt des Konkurses in der Regel bezahlt, so dass es völlig unverständlich ist, dass die Versicherungsdeckung mit der Konkurseröffnung enden soll. Das führt dazu, dass zwischen Konkurseröffnung und Abklärung der Situation durch die Konkursverwaltung sowie allfälligen Abschluss einer neuen Versicherung ein versicherungsloser Zustand eintritt, während welchem ein (unversicherter) Schaden eintreten könnte.

Absatz 1 des neuen Gesetzesartikels bestimmt nun allerdings, dass der Vertrag nicht nur bestehen bleiben, sondern dass die Konkursverwaltung zu dessen Erfüllung verpflichtet sein soll. Das erscheint uns nicht sachgerecht. Die neue Bestimmung würde dazu führen, dass im Normalfall Masseschulden im Umfang der unkündbaren Restlaufzeit des Versicherungsvertrages von bis zu drei Jahren (Art. 35a Abs. 1 EVVG) auch bei einer unnötigen Versicherung entstünden.

Wir sind der Meinung, dass auf Art. 46a Abs. 1 EVVG ersatzlos verzichtet werden sollte. Soweit die Prämie bezahlt ist, besteht die Deckung somit fort. Bleibt die Prämienrechnung hingegen offen und wurde der Schuldner vor Konkurseröffnung noch nicht gemahnt, so hat das Versicherungsunternehmen gegenüber der Konkursmasse nach Art. 20 VVG vorzugehen. Beahlt die Konkursverwaltung dann nicht, so ist davon auszugehen, dass sie nicht in den Vertrag eintritt, womit das Versicherungsunternehmen eine allfällige Restforderung bis zum erstmöglichen Kündigungstermin nur als Konkursforderung geltend machen kann.

Für die Kenntnisnahme unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüßen

Konferenz der Betreibungs- und
Konkursbeamten der Schweiz

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Kuhn', with a long horizontal stroke extending to the right.

Gerhard Kuhn, Sekretär

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Schober', with a long horizontal stroke extending to the right.

Roger Schober, Präsident

Département fédéral des finances
Service juridique du DFF
Bernerhof
CH-3003 Berne

Paudex, le 11 octobre 2016
PM/mis

Révision de la loi sur le contrat d'assurance: réponse à la consultation

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous avoir associés à la procédure de consultation relative à la révision partielle de la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Après étude des différents documents mis à disposition, nous sommes en mesure de vous transmettre ci-après notre prise de position.

Contexte

En préambule, nous relevons que la LCA a fait l'objet d'importantes modifications, entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2006, visant à mieux protéger le consommateur. Cette révision partielle a engendré pour les assureurs un important et coûteux travail de mise en œuvre.

En 2013, le Parlement a renvoyé au Conseil fédéral (CF) un projet de révision totale de la LCA au motif qu'il allait trop loin. Parallèlement, le CF a été chargé d'élaborer une révision partielle de la LCA devant se concentrer sur des points bien précis tels que le droit de révocation, le règlement de la couverture provisoire, l'autorisation de l'assurance rétroactive, la prolongation appropriée du droit de prescription ou encore l'introduction d'un droit de résiliation ordinaire. En outre, la révision partielle devait éviter toute atteinte inutile à la liberté de contracter et devait apporter une protection limitée et appropriée. C'est cette révision partielle (nLCA) qui est aujourd'hui mise en consultation.

Remarques générales

Le texte actuel a fait ses preuves et vouloir le réviser sous le seul prétexte qu'il est centenaire n'est en soit pas un argument convaincant. Par ailleurs, le rapport explicatif ne démontre pas la nécessité de la révision proposée et se borne à évoquer la protection de la partie faible au contrat (le preneur d'assurance) alors que, depuis 2006, sa protection a été notablement améliorée. Il n'est ainsi pas démontré que le consommateur a davantage besoin d'être protégé qu'il ne l'est déjà. Enfin, le rapport explicatif mentionne explicitement que la réglementation proposée va durablement

renchérir les produits d'assurance et que ce surcoût va être reporté sur les preneurs d'assurance, ce qui, faute d'une nécessité avérée, n'est ni souhaitable ni admissible.

Cela étant, nous estimons que certaines modifications sont opportunes. Nous pensons notamment, dans une certaine mesure, à celles relatives à la prise en compte du commerce électronique, à celles qui codifient la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) ou qui tiennent comptes de critiques émises par le TF et, enfin, à celles qui visent, dans un souci de simplification, à supprimer des règles ou des principes obsolètes. En outre, la nouvelle systématique améliore effectivement la compréhension et la clarté de la loi.

Remarques particulières

Article 2 nLCA: Cette nouvelle disposition, de droit semi-impératif, introduit un droit de révocation de 14 jours à compter de la conclusion du contrat pour tous les contrats d'assurance. Nous sommes opposés à l'introduction d'un droit de révocation en faveur du preneur d'assurance. En effet, un tel droit a été introduit dans d'autres domaines lorsque des circonstances bien précises et exceptionnelles le justifiaient. C'est notamment le cas de l'acquéreur pris de court chez lui, sur sa place de travail, sur la voie publique ou lors d'une manifestation publicitaire qui a fait l'acquisition d'un bien, sans au préalable, avoir pu nourrir sa décision (art. 40a ss CO). L'effet de surprise justifie ainsi un tel droit. Il en va également ainsi du consommateur qui s'expose à des charges importantes sur une certaine durée, comme dans la loi sur le crédit à la consommation, où le droit de révocation se justifie par l'ampleur de l'endettement du débiteur. En l'occurrence, ni l'un ni l'autre des cas de figure susmentionnés n'entrent en ligne de compte à la conclusion d'un contrat d'assurance. Le preneur d'assurance dispose du temps qu'il veut pour conclure son contrat, peut demander des renseignements complémentaires ou d'autres offres pour faire marcher la concurrence et ne s'endette pas. En outre, avec internet, le consommateur bénéficie maintenant d'outils lui permettant de comparer les différentes offres d'assurances. Par ailleurs, l'article 3 nLCA, de droit semi-impératif, introduit exhaustivement de nouvelles obligations d'information visant à améliorer davantage encore la transparence du contrat pour que celui-ci repose sur la "volonté réciproque et concordante exprimée par les parties au sens de l'art. 1 al.1 CO et corresponde en fin de compte à leurs intentions parfaitement comprises". Nous ne sommes pas opposés à l'introduction de ces nouvelles obligations de renseigner (hormis l'art. 3 al.1 let. h nLCA concernant le droit de révocation), mais considérons que celui-ci contribue à rendre caduc la nécessité d'introduire un droit de révocation, le preneur d'assurance étant encore mieux informé sur l'engagement qu'il entend prendre.

En définitive, nous estimons qu'il n'y a pas lieu de surprotéger l'assuré en lui octroyant un droit de révocation, alors qu'il bénéficie et du temps nécessaire pour nourrir sa réflexion et de toutes les informations utiles pour ce faire. Nous sommes ainsi fermement opposés à l'introduction des art. 2a et 2b nLCA.

Si, par impossible, un droit de révocation devait quand même être maintenu dans le projet de loi, nous relevons que l'alinéa 2 de cette disposition mentionne que le délai de révocation commence à courir "dès que le preneur d'assurance a proposé ou accepté le contrat". Or la conclusion d'un contrat signifie que les deux parties en ont accepté le contenu, ce qui se fait uniquement lorsque les deux parties acceptent par signature le contrat. Partant, l'al. 2 de cette disposition devrait mentionner "dès la conclusion du contrat". En outre, il s'agirait également d'abroger l'alinéa 2 de l'article 40a du Code des

obligations qui précise clairement que le droit de révocation ne s'applique pas aux contrats d'assurance.

Article 9 nLCA: Cette nouvelle disposition introduit la couverture provisoire qui, dans la pratique, semble connaître une large application. Cette possibilité de conclure une couverture provisoire doit continuer de ressortir de la volonté des parties (comme elles le font visiblement déjà dans la pratique). Partant, nous sommes opposés au fait que cette disposition soit de nature semi-impérative. Nous demandons donc qu'elle ne figure pas à l'art. 98 nLCA. Nous sommes d'accord que la pratique soit codifiée, mais contre le fait de rendre cette dernière contraignante.

- al.2 : le rapport ne dit pas la même chose que le texte légal. Pour plus de clarté, nous demandons que figure dans la loi, le texte suivant : «Les parties doivent conclure une convention spéciale sur le paiement des primes uniquement si le principe et le montant de ces dernières ne sont pas usuels».
- al.4 : afin de mieux tenir compte du commerce électronique et dans un souci d'éviter de la bureaucratie, nous estimons que les couvertures provisoires doivent être confirmées par écrit *ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte*.

Article 10 nLCA : Nous estimons qu'il n'est pas souhaitable d'introduire dans la LCA la notion d'assurance rétroactive. En effet, dans le domaine de l'assurance, les parties se protègent contre des événements futurs survenant après la conclusion du contrat d'assurance. La notion d'assurance rétroactive est en elle-même antinomique et n'a pas sa place dans la loi. La liberté contractuelle des parties suffit amplement à couvrir les cas où cette forme d'assurance peut se poser.

Article 20 nLCA : La sommation étant particulièrement importante, eu égard aux conséquences qu'elle comporte, nous sommes d'avis que le seul mode de communication doit rester le courrier écrit. Pour des raisons de sécurité du droit et de formalisme, nous nous opposons à la modification proposée.

Article 35a nLCA : Prévoir un droit de résiliation ordinaire après 3 ans de contrat représente une restriction aussi intolérable qu'injustifiée de la liberté contractuelle. Si les parties ont opté pour une relation contractuelle longue durée, il n'y a aucune raison de leur permettre de se défaire de ce contrat au bout de 3 ans. En outre, le calcul de la prime est nécessairement tributaire de la durée du contrat et de l'appréciation du risque. Enfin, nous rappelons que l'article 27 al. 2 du Code Civil (CC) permet de se défaire d'engagements excessifs.

Article 36 nLCA : On peut se demander si le retrait de l'agrément ne constitue pas un juste motif au sens de l'art. 35b nLCA. Dans un souci de simplification, on pourrait imaginer supprimer purement et simplement cette disposition. Une autre possibilité consisterait à intégrer cette disposition à l'art. 35b al.2 lit. c nLCA.

Article 46 nLCA : Cette disposition introduit un droit de prescription de 5 ans, alors que ce droit est actuellement de 2 ans. Le rapport explicatif se limite à mentionner que le droit de prescription actuel est trop court sans concrètement démontrer en quoi cela serait en pratique problématique. Nous estimons que le droit actuel ne pose pas de problème particulier en la matière. En outre, nous considérons qu'un délai de prescription de 5 ans est trop long et nuit à la sécurité du droit. Partant, il n'est ni utile ni nécessaire de modifier le droit de prescription actuel.

Si, par impossible, un droit de prescription plus long que le droit actuel devait quand même être maintenu dans le projet de loi, nous proposons que la durée de celui-ci soit fixée à 3 ans.

Article 46b nLCA : Pour plus de clarté, il serait utile de rajouter un article ou un alinéa supplémentaire dans la section 6, relative à la fin du contrat, faisant le renvoi, en ce qui concerne la résiliation d'une assurance multiple, à l'art. 46b al.2 nLCA.

Article 50 nLCA : Il serait judicieux de prévoir expressément que si le preneur d'assurance n'exige pas une réduction de la somme assurée, il bénéficie, de facto, d'une couverture à la valeur à neuf de la chose (étant entendu qu'il paie ses primes sur cette base-là).

Article 89 nLCA : Même remarque que pour l'article 46b nLCA.

Article 95 nLCA : Même remarque que pour l'article 20 nLCA.

Article 102 nLCA : Dans un souci de sécurité du droit, on aurait apprécié des dispositions transitoires claires anticipant d'éventuels problèmes, au lieu de laisser à la pratique le soin de se débrouiller sans réglementation particulière.

Conclusions

Nous constatons que l'actuelle LCA fonctionne bien, dans la très grande majorité des cas, et que le preneur d'assurance est déjà suffisamment protégé. Dès lors, nous sommes opposés à l'introduction des principaux éléments de cette révision, à savoir le droit de révocation, le droit de résiliation ordinaire, la prolongation des délais de prescription et l'autorisation de l'assurance rétroactive.

Hormis les remarques formulées ci-dessus, nous ne contestons pas les autres éléments de cette révision partielle.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ces lignes et nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre haute considération.

CENTRE PATRONAL



Patrick Mock

Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern

regulierung@gs-efd.admin.ch

Bern, 27. Oktober 2016

Stellungnahme zur Teilrevision des Versicherungsvertragsgesetzes VVG

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zur Teilrevision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) teilnehmen zu können. Neben der Privatassekuranz sind auch die Krankenversicherer als Anbieter von Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung direkt von der Revision betroffen. Gerne nehmen wir deshalb die Gelegenheit wahr, Ihnen nachfolgend und in Ergänzung zur Eingabe des SVV die Stellungnahme von curafutura zu unterbreiten. Mit unseren Mitgliedern, namentlich der Helsana-Gruppe, der CSS-Gruppe, der KPT und der Sanitas-Gruppe, vertreten wir 42% der Krankenversicherten.

Nach Ansicht von curafutura müssen bei der Revision insbesondere folgende Punkte beachtet werden:

- curafutura unterstützt eine (weitere) Teilrevision des VVG, die dem Erfordernis eines modernen Kundenschutzes Rechnung tragen und ihren Niederschlag im VVG finden sollen. Die Fülle und der Umfang der vorliegenden Teilrevision überraschen indes. Drei Viertel der Bestimmungen des VVG sind davon betroffen. Das entspricht quasi einer Totalrevision und weicht deutlich vom Auftrag des Parlamentes ab. Zahlreiche Vorschläge sind nicht durch den Rückweisungsbeschluss gedeckt oder widersprechen ihm (Erfordernis einer Teilrevision). curafutura empfiehlt daher, den **Rückweisungsbeschluss des Parlamentes** möglichst **kongruent** umzusetzen.
- curafutura unterstützt die Elemente des Rückweisungsbeschlusses des Parlaments, die dem **elektronischen Geschäftsverkehr und den technologischen Entwicklungen** Rechnung tragen. Das VVG sollte diese Entwicklungen aufgreifen und der Versicherungsbranche sowie den Kundinnen und Kunden eine umfassende Nutzung des elektronischen Geschäftsverkehrs ermöglichen. Der Vernehmlassungsentwurf wird diesen Anliegen noch nicht völlig gerecht. curafutura verweist daher auf die detaillierte Stellungnahme des SVV, der Formulierungsvorschläge in Beilage 2 ausweist.
- curafutura lehnt ein **Kündigungsverbot** in der privaten / freiwilligen Krankenzusatzversicherung (Art. 35a Abs. 4) ab. Dieses ist unverhältnismässig. Es handelt sich um einen gravierenden Eingriff in die Vertragsfreiheit, welcher im Widerspruch zum Rückweisungsbeschluss des Parlaments steht. Überdies verfügen bereits heute die meisten Krankenzusatzversicherer über sich automatisch verlängern- de Verträge und verzichten auf ein Kündigungsrecht im Schadenfall.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Für spezifische Fragen zu den einzelnen Artikeln und weiteren Ausführungen verweisen wir auf die Stellungnahme des Schweizerischen Versicherungsverbands SVV vom 27. Oktober 2016, die wir vorbehaltlos unterstützen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
curafutura

Pius Zängerle
Direktor

Beat Knuchel
Stv. Direktor
Leiter Gesundheitspolitik



Secrétariat général

regulierung@gs-efd.admin.ch

Département fédéral des finances
Service juridique du DFF
Bernerhof
3003 Berne

Genève, le 26 octobre 2016
FER No 22-2016

Révision de la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Mesdames, Messieurs,

La Fédération des Entreprises Romandes (FER), association patronale faîtière romande représentant plus de 42'000 entreprises, assume un rôle important dans la défense des intérêts économiques de ses membres.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous la prise de position de notre Fédération dans le cadre de la procédure de consultation relative à la révision de la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

Contexte général

La révision partielle de la LCA en 2006 a concrétisé les besoins les plus urgents en matière de protection des consommateurs.

En 2011, le Conseil fédéral a soumis au Parlement un projet de révision totale de la LCA qui visait principalement à garantir une couverture d'assurance réalisable et raisonnable. Le projet présenté a été rejeté par le Parlement. Un groupe de travail a donc élaboré un nouveau projet de révision partielle, qui s'appuie sur les requêtes formulées par le Parlement, en particulier la volonté de conserver les dispositions ayant fait leurs preuves.

Les modifications demandées portaient essentiellement sur le droit de révocation, la couverture provisoire, le délai de prescription, le droit de résiliation et la prise en compte du commerce électronique.

Nous vous faisons part ci-après de nos commentaires sur les points essentiels du projet de révision:

1. Droit de révocation (art. 2 AP-LCA)

L'art. 2a AP-LCA introduit en faveur du preneur d'assurance un droit de révocation de 14 jours à compter du jour où celui-ci a proposé ou accepté le contrat. Le droit de révocation s'applique à tous les contrats d'assurance, à l'exclusion des assurances collectives de personnes, des couvertures provisoires, des conventions d'une durée inférieure à un mois ainsi que des assurances prescrites par la loi (assurances obligatoires). Eu égard au développement du commerce électronique, il est prévu que le preneur d'assurance peut révoquer sa proposition soit par écrit, soit par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.

Notre Fédération est opposée à l'introduction d'un droit de révocation en faveur du preneur d'assurance.

En effet, notre ordre juridique s'appuie sur le principe selon lequel les conventions doivent être respectées (*pacta sunt servanda*) et les exceptions à cette règle ne sont admises que très restrictivement, par exemple en cas de démarchage à domicile (art. 40a ss CO).

Dans certains cas exceptionnels, il peut se justifier de protéger la partie qui a été amenée à conclure un contrat sans avoir pu obtenir tous les renseignements utiles ou sans avoir eu le temps d'une réflexion suffisante.

S'agissant de la conclusion du contrat d'assurance, les conditions justifiant une exception au principe de base du droit privé ne sont pas réunies. En effet, en vertu de l'art. 3 LCA, l'assureur doit, avant la conclusion du contrat, communiquer au preneur d'assurance tous les renseignements sur les principaux éléments du contrat et lui avoir transmis les conditions générales d'assurance. Cette obligation d'information à charge de l'entreprise d'assurance est même renforcée par le projet de révision. Le rapport explicatif précise lui-même que le contrat conclu doit *reposer effectivement sur la volonté réciproque et concordante exprimée par les parties et doit correspondre en fin de compte à leurs intentions parfaitement comprises*. Le preneur d'assurance dispose donc du temps dont il a besoin et de toutes les informations utiles pour pouvoir prendre une décision éclairée et réfléchie avant de conclure un contrat d'assurance. Il ne se justifie donc pas d'accorder un droit de révocation au preneur d'assurance. Par ailleurs, un tel droit de révocation peut induire des situations d'insécurité juridique et peut engendrer des coûts administratifs qui pèseraient sur le montant des primes de l'ensemble des assurés.

2. Obligation d'information (art. 3 al. 3 AP-LCA)

Alors que la loi actuelle n'impose aucune forme particulière à l'employeur pour communiquer les principaux éléments du contrat aux travailleurs en faveur desquels il a conclu une assurance collective de personnes, le projet exige que cette communication soit faite « par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte ».

Cette disposition impose donc de nouvelles contraintes aux employeurs s'agissant de la forme de la communication.

Nous nous opposons à cette exigence dans la mesure où elle n'est pas justifiée.

Le contrat de travail n'est soumis à aucune exigence de forme (art. 320 al. 1 CO) et l'employeur peut parfaitement remplir son obligation d'information oralement ou en remettant simplement en main propre les conditions générales d'assurance (ou tout autre document utile) à ses travailleurs.

3. Couverture provisoire (art. 9 AP-LCA)

La couverture provisoire permet au preneur d'assurance de disposer d'une assurance avant la conclusion définitive du contrat et de combler ainsi la lacune de couverture pendant les négociations contractuelles. Même si la couverture provisoire est répandue dans la pratique, elle n'est pas réglementée dans la loi actuelle. Le projet propose d'introduire une disposition semi-impérative (art. 9 AP-LCA) pour fixer le cadre de cette couverture provisoire.

Il est notamment prévu qu'en cas de couverture provisoire, il suffit que les risques assurés et l'étendue de la protection soient déterminables pour justifier l'obligation de prestations. Le projet contient également des précisions sur le paiement des primes, la résiliation et la forme de la couverture provisoire. S'agissant de la fin de la couverture provisoire, il nous semble utile de prévoir, à charge du preneur d'assurance, une obligation d'informer immédiatement l'assureur s'il conclut un contrat définitif avec une autre entreprise d'assurance.

Sur le principe et sous réserve de ce qui précède, nous sommes favorables à la réglementation proposée qui clarifie les droits et obligations des parties en cas de couverture provisoire. **Nous nous opposons cependant au fait que cette disposition soit de nature semi-impérative** et restreigne ainsi la liberté des parties.

4. Sommation obligatoire (art. 20 AP-LCA)

Le projet prévoit que la sommation peut parvenir à l'assuré par écrit *ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve écrite*. Dans la mesure où l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal de 14 jours suivant l'envoi de la sommation, il est indispensable que cet acte, qui peut générer d'importantes conséquences pour l'assuré, soit notifié par écrit. Nous relevons à ce propos que les nouvelles dispositions prévoyant un délai de résiliation ordinaire (art. 35a ss AP-LCA) précisent que la forme écrite est exigée pour la résiliation du contrat. Le rapport indique sur ce point que seule la forme écrite est judicieuse compte tenu de l'importance de cette communication. A notre sens, il en va de même de la sommation.

Il ne se justifie pas en l'espèce d'assouplir la règle actuelle.

5. Droit de résiliation ordinaire (art. 35a AP-LCA)

L'art. 35 AP-LCA introduit un droit de résiliation ordinaire aux deux parties contractuelles. Il dispose que le contrat peut être résilié par écrit pour la fin de la troisième année ou de chacune des années suivantes, même s'il a été conclu pour une durée plus longue, moyennant un préavis de trois mois. Il est également prévu que les délais de résiliation doivent être identiques pour les deux parties et que le contrat peut être résilié en tout temps pour de justes motifs. Ces nouvelles dispositions sont de nature semi-impératives. Imposer aux parties un droit de résiliation ordinaire après une période contractuelle de 3 ans est certes une restriction importante à la liberté contractuelle.

Toutefois, cette disposition a pour objectif d'éviter les contrats d'assurance d'une durée trop longue, lesquels ne correspondent plus aux conditions régissant la concurrence entre les compagnies d'assurance.

Notre Fédération ne s'oppose pas au principe de l'introduction d'un droit de résiliation ordinaire. Nous proposons toutefois que la durée prévue à l'art. 35a AP-LCA soit augmentée au minimum à 5 ans au lieu de 3 ans. En effet, il ne semble pas excessif de permettre aux parties de s'engager pour une période de 5 ans et cette durée reste compatible avec la volonté de permettre une libre concurrence entre les assureurs.

6. Délai de prescription (art. 46 AP-LCA)

Le projet prévoit que les créances qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par 5 ans à dater du fait duquel naît l'obligation, alors que le délai de prescription est actuellement de 2 ans.

Nous ne nous opposons pas à l'allongement du délai de prescription lequel peut, en effet, être trop court dans certaines circonstances. S'il n'est pas souhaitable d'appliquer au contrat d'assurance le délai de prescription général de 10 ans prévu en droit des contrats (art. 127 CO), il est cohérent que le délai de prescription en matière de contrat d'assurance soit identique au délai de prescription général prévu dans le domaine des assurances sociales (art. 24 LPGa).

7. Prise en compte du commerce électronique

D'une manière générale, le projet de révision de la LCA tient compte du commerce électronique, dans la mesure où il prévoit que la preuve de certaines communications peut être apportée par un simple texte qui ne requiert aucune signature manuscrite.

Il s'agit d'admettre la validité des communications émises, non seulement par écrit, mais aussi par fax, par courriel, par télégramme ou même par sms. Cet assouplissement ne s'applique toutefois qu'aux communications ayant une portée restreinte (par ex. obligations d'annonce).

Sous réserve de la remarque figurant au point 4 ci-dessus (sommation obligatoire), **nous sommes favorables à l'assouplissement des règles relatives aux communications** en matière de contrat d'assurance pour tenir compte du commerce électronique.

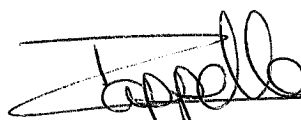
Conclusion

Sous réserve des remarques qui précèdent (droit de révocation, forme de la sommation et de l'obligation de renseigner, nature de la disposition sur la couverture provisoire et délai maximum de l'engagement en cas de résiliation ordinaire), notre Fédération est globalement favorable au projet de révision de la loi sur le contrat d'assurance tel que proposé. Ce dernier respecte en effet les directives du Parlement de conserver les dispositions ayant fait leurs preuves tout en garantissant une couverture d'assurance réalisable et raisonnable.

En vous remerciant par avance de l'attention portée à la présente, nous vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, l'expression de notre parfaite considération.



Blaise Matthey
Directeur général



Roxane Zappella
Secrétaire juriste

Herrn
Bundesrat Ueli Maurer
Vorsteher EFD
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern

(Kopie per eMail an:
regulierung@gs-efd.admin.ch)

Bern, 27. September 2016

Vernehmlassung zur Revision des Versicherungsvertragsgesetzes – Stellungnahme der FMH

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die FMH dankt für die Möglichkeit, zu zur VVG-Revision Stellung nehmen zu können. Der FMH-Zentralvorstand nimmt nach Konsultation der in der Ärztekammer vertretenen Organisationen wie folgt Stellung:

Zu Art. 6 Abs. 3, Folgen der Anzeigepflichtverletzung

Im Gegensatz zur Regelung im geltenden Recht, wonach eine Teilkausalität genügt, um eine vollständige Leistungsbefreiung zu begründen, soll die Leistungsbefreiung neu nicht weiter gehen als die Kausalität zwischen der Anzeigepflichtverletzung und der Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens

Stellungnahme der FMH

Die FMH begrüsst diese Änderung.

Zur Nachhaftung der Versicherung für vertragliche Ansprüche nach Beendigung des Vertrages (Art. 35c)

Die Revisionsvorlage sieht in Abs. 1 eine fünfjährige Nachhaftungsfrist. Doch gilt diese aufgrund von Abs. 2 nicht für Haftpflichtversicherungen.

Stellungnahme der FMH

Das Parlament ist daran, mit der Vorlage 13.100 die Haftung der Personenschäden auf 20 bzw. 30 Jahre zu verlängern.

Die vorliegende VVG-Revision lässt in Art. 35c Abs. 2 Versicherungen nach dem claims-made Prinzip zu. Der Arzt muss somit auch noch im Zeitpunkt der Geltendmachung der Schadenersatz- oder Genuktuationsansprüche versichert sein.

Wie kann sichergestellt werden, dass ein Arzt eine Berufshaftpflichtpolice abschliessen kann, die die Schadensübernahme 20 oder 30 Jahre und somit lange über seine Berufsaufgabe, ggf. auch über seinen Tod hinaus, sicherstellt? Hier besteht ein offensichtlicher Koordinationsbedarf zwischen OR-Revision und VVG-Revision.

Zur Verlängerung der Verjährungsfrist für Forderungen aus dem Versicherungsvertrag von 2 auf 5 Jahre (Art. 46 Abs. 1)

Die Revisionsvorlage sieht neu eine fünfjährige Verjährungsfrist zur Geltendmachung von Versicherungsleistungen vor.

Stellungnahme der FMH

Die FMH begrüsst diese Änderung. Gerade für Zusatzversicherungen zur Krankenpflege- oder Unfallversicherung ist diese Koordination mit der fünfjährigen Frist zur Geltendmachung von Leistungen im Sozialversicherungsrecht sinnvoll.

Zum direkten Forderungsrecht und Auskunftsanspruch der geschädigten Person gegenüber der haftpflichtigen Person über deren Haftpflichtversicherungsschutz (Art. 60a Abs. 2)

Die Revisionsvorlage sieht ein direktes Forderungsrecht bei Personenschäden vor.

Stellungnahme der FMH

Die FMH lehnt die vorgesehene Änderung ab. Für den Arzt ist nicht nur wichtig, dass sein Versicherer berechnigte Forderungen entschädigt, sondern auch, dass er unberechtigte Schadenersatzforderungen abwehrt, auch wenn dies für den Versicherer teurer ist als die Bezahlung einer Entschädigung ohne Anerkennung einer Rechtspflicht, die erfahrungsgemäss dennoch zur Schädigung der beruflichen Reputation des Arztes führt. Das direkte Forderungsrecht an den Versicherer ist nicht geeignet, diesem Anliegen Rechnung zu tragen.

Zum direkten Forderungsrecht gegenüber der kollektiven Unfall- und Krankenversicherung und Auskunftsanspruch der geschädigten Person gegenüber der haftpflichtigen Person über deren Haftpflichtversicherungsschutz (Art. 95a)

Die Revisionsvorlage sieht ein direktes Forderungsrecht des Versicherten im Rahmen der kollektiven Unfall- oder Krankenversicherung vor.

Stellungnahme der FMH

Die FMH begrüsst diese Änderung. Diese erlaubt insbesondere eine bessere Wahrung des Arztgeheimnisses gegenüber dem Arbeitgeber.

Wir danken Ihnen für eine wohlwollende Prüfung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Jürg Schlup
Präsident



Hanspeter Kuhn
Stv. Generalsekretär

Département fédéral des finances
Service juridique du DFF
Bernerhof
3003 Berne

Par email à :
regulierung@gs-efd.admin.ch

Lausanne, le 27 octobre 2016

Prise de position sur la révision de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)

Monsieur le Conseiller fédéral,

La Fédération romande des consommateurs (ci-après, la FRC) vous remercie de l'avoir associée à la consultation susmentionnée et vous prie de trouver ses commentaires ci-dessous.

COMMENTAIRES GENERAUX

La FRC salue la volonté de moderniser la LCA en proposant une nouvelle structure, plus claire et une terminologie simplifiée, plus compréhensible. Le projet de révision prend en compte plusieurs demandes des consommateurs. La FRC considère ainsi le projet comme globalement positif.

La FRC comprend la volonté qui a été exprimée par le Parlement de revenir avec un projet limité à certains points devant trouver un consensus. Néanmoins, il ne s'agit pour elle que d'une étape, et d'autres modifications de la LCA doivent être rapidement envisagées, en particulier concernant les courtiers.

Sous les commentaires de détails, nous soutiendrons certains points spécifiques tandis que nous proposerons certaines modifications ou ajouts.

Certaines nouveautés ou modifications ont de plus notre entier soutien. La FRC souhaite que celles-ci soient adoptées sans modification, ni affaiblissement. Il s'agit des points suivants :

- Introduction d'un droit de révocation (art. 2a et ss P-LCA)
- Assurance rétroactive (art. 10/10a P-LCA)
- Objet de l'assurance (art. 16 P-LCA)
- Aggravation / Diminution du risque (art. 28/28a P-LCA)
- Modification des conditions générales (art. 35 P-LCA)
- Résiliation ordinaire (art. 35a P-LCA)
- Prolongation de la couverture (art. 35c P-LCA)
- Cas d'assurance en suspens (art. 35d P-LCA)
- Violation du contrat (art. 45 P-LCA)
- Nouvelle réglementation de l'assurance multiple (art. 46b et ss P-LCA)

- Abrogation des dispositions concernant l'assurance contre les dommages (art. 48 et ss, droit actuel)
- Exception d'exclusion limitée dans l'assurance RC obligatoire (art. 59 al. 2 P-LCA)
- Droit d'action direct dans l'assurance RC (art. 60a P-LCA)

Les dispositions qui ne font pas l'objet de commentaires plus précis sont également acceptées de notre part.

COMMENTAIRES DE DETAILS

Art. 2a ss P-LCA Droit de révocation

L'introduction d'un droit de révocation est évidemment un des points les plus positifs de la proposition de révision de la LCA. La FRC salue l'harmonisation qui est ainsi faite avec le délai fixé par l'art. 40e al. 2 CO en matière de démarchage et la suppression d'une exception qui n'a plus raison d'être avec l'abrogation de l'alinéa 2 de l'article 40a CO.

L'assuré sera ainsi désormais mieux protégé lorsqu'il se sent poussé à conclure notamment lors d'un passage d'un courtier à domicile. Cet article sera de plus bénéfique aux entreprises d'assurance qui bénéficieront d'une confiance plus importante de la part des assurés.

Art. 3 P-LCA Obligation d'information de l'entreprise d'assurance

La FRC salue les modifications qui sont faites à cet article qui amènent plus clarté pour l'assuré et qui permettent ainsi de garantir une bonne information de celui-ci.

Néanmoins, la forme de l'obligation d'information n'est pas prescrite dans la loi. Nous considérons évidemment qu'une information correcte doit se faire par écrit.

Il convient dès lors de modifier l'article 3 al. 1 2^e phrase dans ce sens : «...Elle doit le renseigner par écrit et attirer son attention sur :... ».

Art. 6ss P-LCA Réticence

La FRC salue le fait que cela soit le moment de la réponse aux questions sur les risques qui est désormais déterminant et plus, comme dans le droit en vigueur, celui de la conclusion du contrat. Néanmoins, le lien entre l'article 4 et 6 est évidemment essentiel : il faut que l'assuré puisse de manière compréhensible savoir exactement quels renseignements il doit donner à l'entreprise d'assurance. Prenons par exemple le cas d'une femme ayant eu un problème gynécologique diagnostiqué vingt ans auparavant : celui-ci s'est résolu avec un traitement médicamenteux et n'a pas eu de conséquences, elle a presque oublié avoir eu ce problème. Dans le cadre d'une assurance maladie complémentaire, doit-elle renseigner sur cette maladie ou non ? Il faut que les questionnaires des entreprises d'assurance soient clairs et sans équivoque, comme cela est prévu à l'article 4.

Pour les cas bagatelles, c'est-à-dire sans conséquences une fois le traitement terminé, la FRC propose l'introduction d'un délai de 5 ans à la suite duquel, l'affection n'a plus à être mentionnée, à condition qu'elle soit sans séquelles connues.

La FRC constate régulièrement que ce sont les courtiers qui minimisent les problèmes à déclarer poussant ainsi à conclure un contrat. S'il y a ensuite réticence, il est impossible de se retourner contre le courtier qui a encouragé l'omission.

Art. 9 P-LCA Couverture provisoire

L'introduction d'une disposition au sujet de la couverture provisoire est positive. Le rapport précise toutefois concernant l'alinéa 1 que les conditions générales d'assurance ne font partie intégrante du contrat de couverture que si cela a été convenu. Or, cela ne ressort pas de la teneur de la rédaction de l'art. 9 al. 1. Pour plus de clarté et de précision, il serait dès lors utile de compléter l'art. 9 al. 1 avec cette phrase : « *Les conditions générales d'assurance ne font partie intégrante du contrat de couverture que si cela a été convenu* ».

Art. 12 LCA ~~Acceptation sans réserve~~

Le droit actuel qui prévoit que la police est acceptée si le preneur d'assurance n'a pas demandé la rectification dans les quatre semaines dès sa réception est particulièrement choquant. La FRC approuve dès lors l'abrogation de cet article. Mais cette abrogation laisse subsister un doute à ce sujet et nous proposons dès lors une nouvelle formulation :

Nouveau : Art. 12 Interdiction d'une fiction de l'approbation

Si la teneur de la police ou des avenants ne concorde pas avec les conventions intervenues, l'entreprise d'assurance ne peut partir du principe que le preneur d'assurance accepte tacitement le contenu de la police par son absence d'opposition.

Art. 24 P-LCA Divisibilité de la prime

Dans le droit actuel, la divisibilité de la prime n'est sur le fond pas prévue. Les primes sont donc en principe dues même si l'assureur ne supporte plus aucun risque. Pour le preneur d'assurance, cela représente un désavantage qui n'est pas justifié d'un point de vue juridique. La FRC soutient donc le fait que soit introduit le principe de divisibilité de la prime dans son intégralité. L'abrogation de l'art. 42 al. 3 (Indivisibilité de la prime en cas de résiliation par le preneur d'assurance durant la deuxième année d'assurance - dont l'article 24 contenait un renvoi à cet article) est dès lors à saluer.

Par conséquent, la dernière exception à l'indivisibilité de la prime est également à supprimer : l'art. 24 al. 2, qui prévoit que la prime est due dans son intégralité lorsque le contrat devient nul et non avenue à la suite de la disparition du risque, doit être abrogé. Prenons l'exemple d'une prime pour l'assurance casco qui est due pour une année entière alors même que le véhicule a été volé au mois de mars. Dans ce cas, le contrat d'assurance perd son contenu essentiel, à savoir le paiement des primes d'un côté et la prise de risques de l'autre côté. Si le risque n'est plus supporté par l'entreprise d'assurances, il n'y a pas de raison que le preneur ait encore une obligation de payer la prime.

Art. 27ss P-LCA Modification du contrat

La FRC se réjouit de la manière dont ont été rédigés les articles 27 et suivants du projet. En effet, la rédaction de ceux-ci explique de manière claire dans quelles circonstances le risque est aggravé et les conditions que le preneur d'assurance doit respecter.

Art. 35 P-LCA Modification des conditions d'assurance

La FRC salue la nouvelle teneur de l'article 35, qui considère comme nulles les clauses contractuelles prévoyant que les entreprises d'assurance peuvent modifier unilatéralement les conditions d'assurance lorsque les assurances ne portent pas sur des risques professionnels ou commerciaux. Le rapport précise à cet effet (p. 31): "un droit général unilatéral de modifier les CGA crée un déséquilibre choquant entre les parties, comme le démontre le simple fait que personne n'envisagerait d'accorder un droit similaire au preneur d'assurance". La FRC ne peut que se rallier à cette position.

Art. 34 LCA Responsabilité de l'assureur pour ses agents

La FRC ne comprend pas les raisons de l'abrogation de cet article. En effet, la question de la représentation dans l'assurance pose de multiples problèmes, notamment s'agissant des courtiers. Le simple renvoi à l'art. 101 CO, tel qu'indiqué dans le Rapport, ne règle pas suffisamment la question de la responsabilité de l'assureur, puisque cet article concerne la responsabilité pour des auxiliaires. Or, il n'apparaît pas clair de savoir si les courtiers sont concernés par cet article.

La FRC considère que la responsabilité de l'assureur pour ses agents, intermédiaires, auxiliaires ou encore courtiers, aurait au contraire dû être renforcée plutôt que supprimée.

Art. 35a P-LCA Résiliation ordinaire

Les contrats de longue durée sont très problématiques pour le consommateur, d'autant plus qu'ils sont souvent, dans le cadre des contrats d'assurance, reconduits tacitement. Le nouvel article 35a qui prévoit une possibilité de résiliation dès la fin de la troisième ou pour chacune des années suivantes avec un préavis de trois mois, même si le contrat a été conclu pour une durée plus longue, est à approuver particulièrement.

Art. 38 P-LCA Déclarations obligatoires en cas de sinistre

A l'alinéa 1bis, le projet prévoit que "si le contrat prévoit un délai pour la remise de l'avis de sinistre, ce délai doit être adéquat". Le terme "adéquat" n'est pas expliqué dans le rapport, ni défini. Il serait, à notre avis, plus compréhensible de le définir ou de le fixer précisément.

Art. 42 P-LCA Dommage partiel

La FRC estime que ce droit de résilier sur sinistre ne doit pas être possible pour l'assureur dans le cadre des assurances maladie. Ceci va dans le sens du nouvel article 35a al. 4 LCA.

Art. 46 P-LCA Prescription et déchéance

Il n'est aujourd'hui pas contesté que le délai de prescription de deux ans prévu par le droit actuel est beaucoup trop court. Le projet de révision prévoit un délai de prescription de cinq ans à l'art. 46. Cela est toujours trop court et ne correspond pas au délai de prescription usuel de dix ans prévu à l'art. 127 du Code des obligations. Il est également plus simple pour les consommateurs d'avoir des délais de prescription unifiés. La FRC demande dès lors de s'adapter au droit des obligations en prévoyant un délai de prescription de dix ans. L'article 46 devra donc être reformulé de la manière suivante:

"Les créances qui découlent du contrat d'assurance se prescrivent par dix ans à dater du fait duquel naît l'obligation".

Art. 90 P-LCA Transformation et rachat

La procédure d'épargne dans les assurances vie à capitalisation n'est vraiment pas transparente. Les assurés ne sont par exemple pas conscients des frais élevés découlant de ces contrats, comme les commissions dues. La réglementation actuelle est de plus très désavantageuse pour les assurés, puisqu'en cas de dissolution du contrat pendant les trois premières années, l'entier du capital assuré va dans les comptes de l'assureur. De telles dispositions seraient impensables dans le cadre de l'épargne bancaire.

L'article 3 al. 1 let f. prévoit désormais que l'entreprise d'assurance doit renseigner le preneur d'assurance de manière compréhensible sur les valeurs de rachat et de transformation, ainsi que les coûts liés à une assurance sur la vie susceptible de rachat. L'alinéa de l'art. 90 prévoit de plus que si la valeur de transformation est inférieure à la valeur minimum prévue, l'entreprise d'assurance accorde au preneur d'assurance un dédommagement approprié. Ces deux améliorations représentent pour la FRC le minimum qui est nécessaire à la protection de l'assuré. Il faudrait néanmoins définir ce que veut dire dédommagement approprié.

DISPOSITIONS A AJOUTER/MODIFIER

A modifier : Art. 1 LCA Proposition d'assurance

Le terme proposition d'assurance devrait être modifié, car il entraîne son lot de confusion auprès des assurés. Il faudrait parler de pré-contrat et non plus de proposition, car ce dernier terme laisse à penser que le document signé n'est pas contraignant, alors qu'il l'est pour l'assuré. Cette modification concerne tous les articles où le terme proposition est mentionné.

A ajouter: Art. XX Acomptes

Si la créance qui résulte du contrat est contestée par l'entreprise d'assurance, l'ayant-droit peut, après que soit échu le délai prévu à l'art. 41 al. 1 LCA, demander le paiement d'acomptes à concurrence du montant non contesté.

Commentaire: Il arrive en effet fréquemment que la créance due par l'entreprise d'assurance ne soit sur le fond pas contestée, mais uniquement son étendue. Dans ce cas, il arrive souvent que l'entreprise d'assurance refuse de verser quoi que ce soit à l'ayant-droit, ce qui est une pratique choquante. La FRC propose donc d'introduire un article prévoyant que, pour la part qui n'est pas contestée, l'entreprise d'assurance doit payer des acomptes à l'ayant-droit.

A ajouter: Art. XX Réserves

¹ L'entreprise d'assurance ne pourra pas mettre de réserves si l'affection était bénigne ou si elle remonte à plus de 5 ans sans qu'elle n'ait occasionné de séquelles.

² La durée des réserves ne peut excéder 5 ans ou alors doit être médicalement motivée.

Commentaire : La FRC considère en effet qu'il est contraire à la sécurité du droit de mettre des réserves sur des situations bénignes ou de garder ces réserves passé un certain temps.

A abroger : Art. 40a al. 2 CO

Dans la mesure où la LCA contiendra désormais un droit de révocation, il n'y a plus de raison de garder l'exception prévue à l'art. 40a al. 2 CO qui prévoit que les dispositions relatives au droit de révocation en matière de démarchage à domicile ou de contrats semblables ne sont pas applicables aux contrats d'assurance. C'est la raison pour laquelle nous proposons d'abroger l'article 40a al. 2 CO

Nous vous remercions de l'attention et de la suite que vous porterez à notre prise de position et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Fédération romande des consommateurs



Mathieu Fleury
Secrétaire général



Florence Bettschart
Responsable Politique & Droit

Per E-Mail an: regulierung@gs-efd.admin.ch

Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern

Aarau, 14. Oktober 2016

Vernehmlassung zur Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Maurer
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 6. Juli 2016 haben Sie die Vernehmlassung zur geplanten Revision des Versicherungsvertragsgesetzes eröffnet. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Wir begrüssen grundsätzlich die geplante Revision. Das VVG wird insgesamt kundenfreundlicher ausgestaltet und wird um verschiedene, in den letzten Jahrzehnten festgestellte Unsicherheiten und Unzulänglichkeiten bereinigt.

Die Revisionsvorlage enthält aus unserer Sicht jedoch einige Punkte, die es zu präzisieren, ergänzen oder streichen gilt:

II. Besondere Bestimmungen

2. Abschnitt: Haftpflichtversicherung

Umfang der Versicherung (Art. 59 VVG)

Nach geltendem Recht ist es ausserhalb des Anwendungsbereichs von Art. 59 VVG möglich, dass ein Haftpflichtversicherungsvertrag nur gerade die Ansprüche des Geschädigten gegen den Versicherten deckt, nicht aber Rückgriffsforderungen Dritter, insbesondere von Sach- oder Personenversicherungen, die aus dem Schadenfall ebenfalls leistungspflichtig und gegenüber dem Versicherten zum Regress berechtigt sind. Typisches Beispiel hierfür ist die Betriebshaftpflichtversicherung, die in der Regel sämtliche Angestellte (gegen entsprechende Prämienzahlung) mitversichert, Regressansprüche gegen nicht zum oberen Kader gehörende Mitarbeitende jedoch ausschliesst. Dies ist umso stossender, als die haftpflichtige Person heutzutage meist nicht dem Direktanspruch des Geschädigten ausgesetzt ist, sondern dem Regress eines leistenden Sach- oder Personenversicherers, und die Betriebshaftpflichtversicherung folglich für den "gewöhnlichen" Mitarbeitenden weitgehend nutzlos ist. Wie noch im erläuternden Bericht vom 21.01.2009 zur Totalrevision VVG (S. 79) richtig festgestellt wurde, wird mit solchen Regressausschlüssen das Wesen der Haftpflichtversicherung ausgehöhlt. Es handelt sich um ungewöhnliche, geschäftsfremde Klauseln, die dem Erwartungshorizont der Versicherten in grober Weise zuwiderlaufen

und im VVG zwingend unterbunden werden sollten. Wie im Entwurf von 2009 in Art. 90 Abs. 1 vorgesehen, ist der geltende Art. 59 VVG aufzuheben und durch eine Bestimmung zu ersetzen, wonach die Haftpflichtversicherung neben den Ersatzansprüchen des Geschädigten auch die Regressansprüche von Dritten decken muss. Folgende Formulierung würde diese Anforderung erfüllen:

Art. 59 Abs. 1 VE-VVG: Die Versicherung deckt sowohl die Ersatzansprüche der Geschädigten als auch die Rückgriffsansprüche Dritter.

Direktes Forderungsrecht gegenüber der Haftpflichtversicherung (Art. 60a Abs. 1 VE-VVG) und Einredenausschluss (Art. 59 Abs. 2 VE-VVG)

Die gesetzliche Verankerung eines direkten Forderungsrechts gegenüber der Haftpflichtversicherung ist sehr zu begrüßen. Zwar ist es heute schon Praxis, dass die Haftpflicht der versicherten Person im Wege von Direktverhandlungen zwischen Versicherer und geschädigtem Dritten geregelt wird. Die Position des Geschädigten wird indessen wesentlich gestärkt, indem er seinen Anspruch nötigenfalls gerichtlich gegen die Versicherung durchsetzen kann und hierfür nicht auf das wenig praktikable Pfandrecht am Versicherungsanspruch des Haftpflichtigen verwiesen bleibt. Anzuführen ist, dass das direkte Forderungsrecht nach Lehre und Rechtsprechung nicht höchstpersönlicher Natur ist und folglich auf einen Rechtsnachfolger des Geschädigten übergeht, namentlich bei Zession (Art. 170 Abs. 1 OR) oder Subrogation eines Schadenversicherers im Rahmen der von ihm erbrachten Versicherungsleistungen. Dasselbe gilt für den Einredenausschluss in der obligatorischen Haftpflichtversicherung, der nicht nur zugunsten des Geschädigten besteht, sondern auch seiner Rechtsnachfolger. Im Interesse der Rechtsklarheit sollten die beiden Bestimmungen entsprechend präzisiert werden:

Art. 60a Abs. 1 VE-VVG: Die geschädigte Person oder deren Rechtsnachfolger hat im Rahmen der Versicherungsdeckung ein direktes Forderungsrecht ...

Art. 59 Abs. 2 VE-VVG: Bei obligatorischen Haftpflichtversicherungen können geschädigten Personen oder deren Rechtsnachfolger gegenüber Einreden aus ... nicht entgegengehalten werden.

5. Abschnitt: Koordination

Integrales Regressrecht (Art. 95c Abs. 2 VE-VVG)

Mit der Einführung eines umfassenden Regressrechts für die Schadensversicherung analog dem Sozialversicherungsrecht wird ein längst überfälliges Revisionspostulat umgesetzt. Dies ist vorbehaltlos zu begrüßen.

Das integrale Regressrecht gemäss Art. 95c Abs. 2 VE-VVG hat zur Folge, dass die Schadenversicherungen nunmehr ausserhalb der Regressordnung von Art. 51 OR stehen und damit die ratio des historischen Gesetzgebers von 1911, der die Kaskadenordnung von Art. 51 OR gerade mit Blick auf den regressierenden Versicherer erliess, überholt und obsolet ist. **Dies sollte in der Botschaft entsprechend hervorgehoben und präzisiert werden.**

Regressprivileg (Art. 95c Abs. 3 lit. c VE-VVG)

In Entsprechung zur ratio legis des geltenden Art. 72 Abs. 3 VVG wie auch zu Art. 75 ATSG wird in Art. 95 c Abs. 3 VE-VVG das Regressprivileg zutreffend auf Personen eingeschränkt, die *"in einer engen Beziehung zum Versicherten"* stehen. Damit nicht zu vereinbaren ist es jedoch, wenn in lit. c als Anwendungsfall Personen angeführt werden, die *"ermächtigt sind, die versicherte Sache zu nutzen."* Dem

Wortlaut nach werden hier auch Mieter und Pächter erfasst und damit Personen, die offenkundig gerade nicht in einer engen Beziehung zum Versicherten stehen. Eine solche Ausweitung des Kreises privilegierter Personen steht nicht nur im klaren Widerspruch zur expliziten gesetzlichen Zwecksetzung, sie entspricht auch nicht dem allgemeinen Rechtsverständnis zu diesem Regressprivileg. Dies zeigt allein die Tatsache, dass bislang sämtliche oberen kantonalen Instanzen wie auch das Bundesgericht eine Ausdehnung von Art. 72 Abs. 3 VVG auf die Mieterschaft ablehnten; dies u.a. mit dem Hinweis, dass nicht ersichtlich sei, weshalb der Vermieter bei einer schuldhaften Schadenzufügung durch seinen Mieter darauf verzichten sollte, diesem gegenüber Schadenersatzansprüche durchzusetzen, wie es in Bezug auf die vom Wortlaut des Art. 72 Abs. 3 VVG erfassten Personen angenommen werden könne (vgl. zum ganzen BGE 4A_133/2014).

Allgemein ist bei der Privilegierung gegenüber Rückgriffsansprüchen von Versicherungen zu bedenken, dass damit die Haftpflicht gemäss Art. 41 OR "ausgehebelt" wird. Art. 41 OR statuiert für jedes Verschulden eine Ersatzpflicht. Die durch das Haftpflichtrecht beabsichtigte Verhaltenssteuerung erfordert auch im Innenverhältnis eine entsprechende Kostenzuweisung. Die Privilegierungen müssen daher restriktiv gefasst werden. Sie darf nicht über die enge persönliche Beziehung hinaus auf Haftungsgruppen ausgeweitet werden, für die diese ratio legis nicht zutrifft. Der Schaden soll im Ergebnis von den Schadenverantwortlichen getragen werden und beim Versicherungszweig anfallen, der hierfür Prämien einnimmt. Diesem Grundsatz folgt die Vernehmlassungsvorlage ja auch mit der Einführung des integralen Regressrechts. Dabei wird im erläuternden Bericht (S. 51) zutreffend ausgeführt, dass *die Belastungen der Risikogemeinschaft der Schadenverantwortlichen zu einer sinnvollen Kostenverteilung führe*. Dies gilt auch für Mieter- und Pächterschäden, für die im Regelfall Deckung bei einer Privat- oder Betriebshaftpflichtversicherung besteht. Es wäre im Übrigen auch den Präventionsbemühungen der Kantone im Brandschutz nicht förderlich, wenn Mieter und Pächter beim Regress privilegiert und nur bei grobem Verschulden finanziell zur Verantwortung gezogen würden.

Art. 95c Abs. 3 lit. c VE-VVG ist zweck- und sachwidrig und muss ersatzlos gestrichen werden.

Wegfall der Ausnahmebestimmung für die kantonalen Versicherungen (Art. 103 Abs. 2 VVG)

Gestützt auf Art. 98 Abs. 3 der Bundesverfassung darf der Bund nur Vorschriften über das Privatversicherungswesen erlassen. Bezüglich der vom Kanton öffentlich-rechtlich organisierten Versicherungen steht ihm keine Kompetenz zu. Politisch besteht auch kein Wille, von diesem Grundsatz abzuweichen.

Das VVG hat dieser verfassungsrechtlichen Kompetenzausscheidung mit Art. 103 Abs. 2 VVG Rechnung getragen. Zwar handelt es sich hierbei um einen sog. unechten Vorbehalt mit bloss deklaratorischer Bedeutung, der sich auch auf Art. 6 Abs. 1 ZGB abstützen liesse. Der Vorbehalt dient indessen der Rechtsklarheit und Anwenderfreundlichkeit. Wie die Erfahrung lehrt, ist die Nichtanwendbarkeit des VVG auf kantonal öffentlich-rechtliche Versicherungsverhältnisse für juristische Laien nicht ohne weiteres einsichtig und taucht die Frage regelmässig auch seitens der Behörden und der Politik auf. Aus diesem Grunde erachten wir es für **zweckmässig, dass Art. 103 Abs. 2 VVG beibehalten wird**.

Sollte an der Streichung der Bestimmung festgehalten werden, so wäre zumindest **in der Botschaft klarzustellen**, dass damit **der verfassungsrechtliche Vorbehalt** zugunsten der kantonalen Vorschriften über Versicherungsverhältnisse, die bei den von den Kantonen organisierten Versicherungsanstalten entstehen, **nicht tangiert wird**.

Wir bitten Sie, unsere Anliegen in die Revision aufzunehmen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Aargauische Gebäudeversicherung
Geschäftsleitung



Dr. Urs Graf
Vorsitzender der Geschäftsleitung



Christina Trogia
Generalsekretärin



Zuständig Matthias Misteli
Rechtsanwalt/Generalsekretariat
Telefon 031 925 16 07
E-Mail mmisteli@gvb.ch

Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernhof
3003 Bern

Datum Ittigen, 25. Oktober 2016

**Revision des Versicherungsvertragsgesetzes;
Stellungnahme der Gebäudeversicherung Bern (GVB) im Vernehmlassungsverfahren**

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir hiermit die sich uns bietende Möglichkeit wahr und reichen unsere Stellungnahme zur Teilevision des Versicherungsvertragsgesetzes ein.

Ins Zentrum unserer Stellungnahme rückt Art. 95 Abs. 3 lit. c E-VVG. Entgegen der aktuellen Rechtsprechung, wonach die Mieter nicht als regressprivilegiert im Sinne von Art. 72 Abs. 3 VVG gelten (Urteil des Zürcher Obergerichts vom 27. Januar 2014, o.a. BGer 4A_13372014), sieht Art. 95 Abs. 3 lit. c E-VVG genau eine solche Privilegierung vor.

Grundsätzlich tritt das Versicherungsunternehmen im Umfang und zum Zeitpunkt seiner Leistung für die von ihm gedeckten gleichartigen Schadensposten in die Rechte des Versicherten ein. Dies gilt jedoch nicht, wenn der Schaden durch eine Person leichtfahrlässig herbeigeführt worden ist, die in einer engen Beziehung zum Versicherten steht. Eine solche Beziehung sollen gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. c E-VVG auch Personen aufweisen, **die ermächtigt sind, die versicherte Sache zu nutzen**. Abs. lit. c E-VVG würde somit und entgegen der aktuellen Rechtsprechung auch Mieter und Pächter privilegieren. Im Sinne der Rechtssicherheit schlagen wir daher vor, Art. 95c Abs. lit. c E-VVG ersatzlos zu streichen.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

Gebäudeversicherung Bern (GVB)



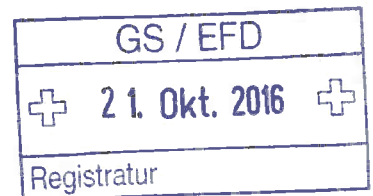
Alexander Pulver
Generalsekretär / Leiter Recht



Matthias Misteli
Rechtsanwalt

Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernernhof
3003 Bern

Chur, 20.10.2016



Vernehmlassung zur Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Maurer
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 06.07.2016 haben Sie die Vernehmlassung zur geplanten Revision des Versicherungsvertragsgesetzes eröffnet. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Die Gebäudeversicherung Graubünden begrüsst grundsätzlich die geplante Revision. Die Revisionsvorlage enthält aus unserer Sicht jedoch einige Punkte, die es zu präzisieren, ergänzen oder streichen gilt:

II. Besondere Bestimmungen

2. Abschnitt: Haftpflichtversicherung

Umfang der Versicherung (Art. 59 VVG)

Nach geltendem Recht ist es ausserhalb des Anwendungsbereichs von Art. 59 VVG möglich, dass ein Haftpflichtversicherungsvertrag nur gerade die Ansprüche des Geschädigten gegen den Versicherten deckt, nicht aber Rückgriffsforderungen Dritter, insbesondere von Sach- oder Personenversicherungen, die aus dem Schadenfall ebenfalls leistungspflichtig und gegenüber dem Versicherten zum Regress berechtigt sind. Typisches Beispiel hierfür ist die Betriebshaftpflichtversicherung, die in der Regel sämtliche Angestellte (gegen entsprechende Prämienzahlung) mitversichert, Regressansprüche gegen nicht zum oberen Kader gehörende Mitarbeitende jedoch ausschliesst. Dies ist umso stossender, als die haftpflichtige Person heutzutage meist nicht dem Direktanspruch des Geschädigten ausgesetzt ist, sondern dem Regress eines leistenden Sach- oder Personenversicherers, und die Betriebshaftpflichtversicherung folglich für den "gewöhnlichen" Mitarbeitenden weitgehend nutzlos ist. Wie noch im erläuternden Bericht vom 21.01.2009 zur Totalrevision VVG (S. 79) richtig festgestellt wurde, wird mit solchen Regressausschlüssen das Wesen der Haftpflichtversicherung ausgehöhlt. Es handelt sich um ungewöhnliche, geschäftsfremde Klauseln, die dem Erwartungshorizont der Versicherten in grober Weise zuwiderlaufen und im VVG zwingend unterbunden werden sollten. Wie im Entwurf von 2009 in Art. 90 Abs. 1 vorgesehen, ist der geltende Art. 59 VVG aufzuheben und durch eine Bestimmung zu ersetzen, wonach die Haftpflichtversicherung neben den Ersatzansprüchen des Geschädigten auch die Regressansprüche von Dritten decken muss. Folgende Formulierung würde diese Anforderung erfüllen:

Art. 59 Abs. 1 VE-VVG: Die Versicherung deckt sowohl die Ersatzansprüche der Geschädigten als auch die Rückgriffsansprüche Dritter.

Direktes Forderungsrecht gegenüber der Haftpflichtversicherung (Art. 60a Abs. 1 VE-VVG) und Einredenausschluss (Art. 59 Abs. 2 VE-VVG)

Die gesetzliche Verankerung eines direkten Forderungsrechts gegenüber der Haftpflichtversicherung ist sehr zu begrüßen. Zwar ist es heute schon Praxis, dass die Haftpflicht der versicherten Person im Wege von Direktverhandlungen zwischen Versicherer und geschädigtem Dritten geregelt wird. Die Position des Geschädigten wird indessen wesentlich gestärkt, indem er seinen Anspruch nötigenfalls gerichtlich gegen die Versicherung durchsetzen kann und hierfür nicht auf das wenig praktikable Pfandrecht am Versicherungsanspruch des Haftpflichtigen verwiesen bleibt. Anzuführen ist, dass das direkte Forderungsrecht nach Lehre und Rechtsprechung nicht höchstpersönlicher Natur ist und folglich auf einen Rechtsnachfolger des Geschädigten übergeht, namentlich bei Zession (Art. 170 Abs. 1 OR) oder Subrogation eines Schadenversicherers im Rahmen der von ihm erbrachten Versicherungsleistungen. Dasselbe gilt für den Einredenausschluss in der obligatorischen Haftpflichtversicherung, der nicht nur zugunsten des Geschädigten besteht, sondern auch seiner Rechtsnachfolger. Im Interesse der Rechtsklarheit sollten die beiden Bestimmungen entsprechend präzisiert werden:

Art. 60a Abs. 1 VE-VVG: Die geschädigte Person oder deren Rechtsnachfolger hat im Rahmen der Versicherungsdeckung ein direktes Forderungsrecht ...

Art. 59 Abs. 2 VE-VVG: Bei obligatorischen Haftpflichtversicherungen können geschädigten Personen oder deren Rechtsnachfolger gegenüber Einreden aus ... nicht entgegengehalten werden.

5. Abschnitt: Koordination

Integrales Regressrecht (Art. 95c Abs. 2 VE-VVG)

Mit der Einführung eines umfassenden Regressrechts für die Schadensversicherung analog dem Sozialversicherungsrecht wird ein längst überfälliges Revisionspostulat umgesetzt. Dies ist vorbehaltlos zu begrüßen.

Das integrale Regressrecht gemäss Art. 95c Abs. 2 VE-VVG hat zur Folge, dass die Schadensversicherungen nunmehr ausserhalb der Regressordnung von Art. 51 OR stehen und damit die ratio des historischen Gesetzgebers von 1911, der die Kaskadenordnung von Art. 51 OR gerade mit Blick auf den regressierenden Versicherer erliess, überholt und obsolet ist. **Dies sollte in der Botschaft entsprechend hervorgehoben und präzisiert werden.**

Regressprivileg (Art. 95c Abs. 3 lit. c VE-VVG)

In Entsprechung zur ratio legis des geltenden Art. 72 Abs. 3 VVG wie auch zu Art. 75 ATSG wird in Art. 95 c Abs. 3 VE-VVG das Regressprivileg zutreffend auf Personen eingeschränkt, die *"in einer engen Beziehung zum Versicherten"* stehen. Damit nicht zu vereinbaren ist es jedoch, wenn in lit. c als Anwendungsfall Personen angeführt werden, die *"ermächtigt sind, die versicherte Sache zu nutzen."* Dem Wortlaut nach werden hier auch Mieter und Pächter erfasst und damit Personen, die offenkundig gerade nicht in einer engen Beziehung zum Versicherten stehen. Eine solche Ausweitung des Kreises privilegierter Personen steht nicht nur im klaren Widerspruch zur expliziten gesetzlichen Zwecksetzung, sie entspricht auch nicht dem allgemeinen Rechtsverständnis zu diesem Regressprivileg. Dies zeigt allein die Tatsache, dass bislang sämtliche oberen kantonalen Instanzen wie auch das Bundesgericht eine Ausdehnung von Art. 72 Abs. 3 VVG auf die Mieterschaft ablehnten; dies u.a. mit dem Hinweis, dass nicht ersichtlich sei, weshalb der Vermieter bei einer schuldhaften Schadenzufügung durch seinen Mieter darauf verzichten sollte, diesem gegenüber Schadenersatzansprüche durchzusetzen, wie es in Bezug

auf die vom Wortlaut des Art. 72 Abs. 3 VVG erfassten Personen angenommen werden könne (vgl. zum ganzen BGE 4A_133/2014).

Allgemein ist bei der Privilegierung gegenüber Rückgriffsansprüchen von Versicherungen zu bedenken, dass damit die Haftpflicht gemäss Art. 41 OR "ausgehebelt" wird. Art. 41 OR statuiert für jedes Verschulden eine Ersatzpflicht. Die durch das Haftpflichtrecht beabsichtigte Verhaltenssteuerung erfordert auch im Innenverhältnis eine entsprechende Kostenzuweisung. Die Privilegierungen muss daher restriktiv gefasst werden. Sie darf nicht über die enge persönliche Beziehung hinaus auf Haftungsgruppen ausgeweitet werden, für die diese ratio legis nicht zutrifft. Der Schaden soll im Ergebnis von den Schadenverantwortlichen getragen werden und beim Versicherungszweig anfallen, der hierfür Prämien einnimmt. Diesem Grundsatz folgt die Vernehmlassungsvorlage ja auch mit der Einführung des integralen Regressrechts. Dabei wird im erläuternden Bericht (S. 51) zutreffend ausgeführt, dass *die Belastungen der Risikogemeinschaft der Schadenverantwortlichen zu einer sinnvollen Kostenverteilung führe*. Dies gilt auch für Mieter- und Pächterschäden, für die im Regelfall Deckung bei einer Privat- oder Betriebshaftpflichtversicherung besteht. Es wäre im Übrigen auch den Präventionsbemühungen der Kantone im Brandschutz nicht förderlich, wenn Mieter und Pächter beim Regress privilegiert und nur bei grobem Verschulden finanziell zur Verantwortung gezogen würden.

Art. 95c Abs. 3 lit. c VE-VVG ist zweck- und sachwidrig und muss ersatzlos gestrichen werden.

Wegfall der Ausnahmebestimmung für die kantonalen Versicherungen (Art. 103 Abs. 2 VVG)

Gestützt auf Art. 98 Abs. 3 der Bundesverfassung darf der Bund nur Vorschriften über das Privatversicherungswesen erlassen. Bezüglich der vom Kanton öffentlich-rechtlich organisierten Versicherungen steht ihm keine Kompetenz zu. Politisch besteht auch kein Wille, von diesem Grundsatz abzuweichen.

Das VVG hat dieser verfassungsrechtlichen Kompetenzausscheidung mit Art. 103 Abs. 2 VVG Rechnung getragen. Zwar handelt es sich hierbei um einen sog. unechten Vorbehalt mit bloss deklaratorischer Bedeutung, der sich auch auf Art. 6 Abs. 1 ZGB abstützen liesse. Der Vorbehalt dient indessen der Rechtsklarheit und Anwenderfreundlichkeit. Wie die Erfahrung lehrt, ist die Nichtanwendbarkeit des VVG auf kantonal öffentlich-rechtliche Versicherungsverhältnisse für juristische Laien nicht ohne weiteres einsichtig und taucht die Frage regelmässig auch seitens der Behörden und der Politik auf. Aus diesem Grunde erachten wir es für **zweckmässig, dass Art. 103 Abs. 2 VVG beibehalten wird.**

Sollte an der Streichung der Bestimmung festgehalten werden, so wäre zumindest **in der Botschaft klarzustellen**, dass damit **der verfassungsrechtliche Vorbehalt** zugunsten der kantonalen Vorschriften über Versicherungsverhältnisse, die bei den von den Kantonen organisierten Versicherungsanstalten entstehen, **nicht tangiert wird.**

Wir bitten Sie, unsere Anliegen in die Revision aufzunehmen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Gebäudeversicherung

Graubünden

Direktion



Markus Feltscher, Direktor



GVG

GEBÄUDEVERSICHERUNG GRAUBÜNDEN
ASSICURANZA D'EDIFIZI DAL GRISCHUN
ASSICURAZIONE FABBRICATI DEI GRIGIONI

OTTOSTRASSE 22 POSTFACH 7001 CHUR

20.10.16

CH-7000
Chur

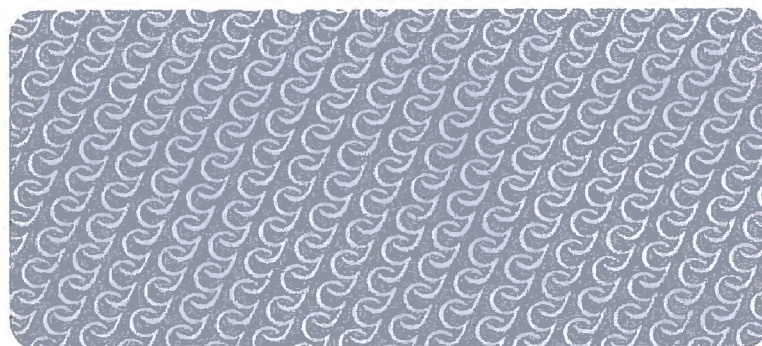
746860



001.00

A
STANDARD

DIE POST





Département fédéral des finances DFF
Service juridique
Bernerhof
3003 Berne

Saignelégier, le 6 octobre 2016

Révision de la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames, Messieurs,

Après un examen approfondi des documents de la consultation, nous avons le plaisir de vous communiquer que nous sommes plutôt favorables à la révision prévue. La LCA sera globalement plus avantageuse pour le client et sa révision résoudra les nombreuses incertitudes rencontrées au cours des dernières décennies.

Cela étant, nous sommes d'avis que les points suivants doivent être modifiés comme suit :

Art. 10a AP-LCA

La LCA est une lex specialis. L'art. 10a AP-LCA présente une redondance inutile par rapport à l'art. 20 du code des obligations (CO). En effet, cette dernière disposition couvre déjà toutes les situations à régler dans ce cadre. Pour cette raison, nous considérons qu'il serait justifié de supprimer l'art. 10a AP-LCA.

Section 2 (« Assurance responsabilité civile »)

De nos jours, la conclusion d'une assurance responsabilité civile est, de fait, un standard, et sert surtout à garantir le bien-être des personnes en leur évitant de devoir payer des dommages et intérêts qui mettraient en péril leur existence. Mais souvent, ce sont précisément les personnes en situation financière difficile qui renoncent à la conclusion d'une assurance responsabilité civile en vue d'économiser de l'argent à court terme. La nature des conséquences est double : en cas de sinistre, la personne touchée doit payer elle-même les soins ou réparations et alors qu'elle se retrouve parfois criblée de dettes. **Pour les raisons évoquées, nous considérons qu'il est nécessaire d'introduire une assurance responsabilité civile privée obligatoire et pensons que la révision prévue de la LCA offre l'opportunité de le faire.**

Art. 59 al. 2 AP-LCA

L'introduction d'une interdiction d'opposer des exceptions à la personne lésée dans le cadre d'assurances responsabilité civile obligatoires est une nouveauté plutôt positive. Toutefois, la

teneur de cet alinéa laisse penser que la règle s'applique exclusivement pour la « personne lésée ». On ne sait donc pas si elle s'applique aussi à l'assurance de personnes ou de choses de la personne lésée. Tant pour les assurances de choses que pour les assurances de personnes, cette constellation est la norme aujourd'hui de sorte qu'il n'y a selon nous pas lieu d'y déroger. Nous considérons donc qu'il faudrait préciser l'alinéa en ce sens.

Art. 60 al. 2 AP-LCA

L'ancrage juridique d'un droit d'action directe par rapport à l'assurance responsabilité civile dans la LCA est également une nouveauté à saluer. Il est cependant à craindre que la personne lésée ne puisse pas exercer son droit d'être renseignée vis-à-vis du preneur d'assurance, faute de possibilités de sanctions.

Art. 95c al. 2 et al. 3, notamment let. c AP-LCA

Il convient de saluer l'extension du droit de recours prévue à l'art. 95c, al. 2 AP-LCA. Il s'avère en effet pertinent de ne plus privilégier uniquement les membres de la famille et les personnes faisant partie du ménage, à l'instar de l'art. 72, al. 3 LCA actuellement en vigueur. Si toutefois toutes les personnes « habilitées à utiliser la chose assurée » selon l'art. 95c, al. 3, let. c AP-LCA devaient être favorisées, on pourrait interpréter que ce cercle de personnes englobe également les locataires et les personnes morales.

Or, un tel élargissement du cercle des personnes privilégiées ne correspond ni au droit général, ni à la ratio legis de l'article en vigueur art. 72, al. 3 LCA. Le privilège de recours doit empêcher que des poursuites ne soit lancées à l'encontre d'une personne que le lésé lui-même ne poursuivrait pas en raison du lien étroit existant entre eux. La relation entre locataire et bailleur ne présente pas cette qualité. Il ne ressort pas clairement pour quelle raison le bailleur devrait renoncer à faire valoir ses droits à des dommages-intérêts à l'encontre de son locataire si celui-ci cause un dommage par faute. Le locataire est finalement aussi tenu par le contrat de bail (art. 257f, al. 1 CO) d'user de la chose avec le soin nécessaire (voir l'intégralité de l'ATF 4A_133/2014, notamment aussi sur la pertinence de cette disposition de la LCA pour les établissements cantonaux d'assurance malgré une exception de principe de la LCA).

Il convient également de considérer le fait que l'octroi de privilège par rapport au droit de recours des assurances entraîne la non prise en compte du principe relevant du droit de la responsabilité civile selon l'art. 41 CO, qui prévoit une responsabilité pour chaque acte de négligence. L'influence que le droit de la responsabilité civile cherche à exercer sur les comportements exige une attribution appropriée des coûts, c'est pourquoi l'octroi de privilèges devrait rester limité et non étendu à des groupes de responsabilité. Les charges devraient demeurer dans le cadre d'une juste répartition des coûts (rapport explicatif relatif au projet soumis à consultation, art. 98, al. 2, page 51) au sein de la communauté de risques des responsables de sinistres. Les assurances responsabilité civile devraient par principe couvrir également les dommages du locataire, dans la mesure où il existe une responsabilité en vertu du code des obligations. Par ailleurs, accorder un privilège de recours au locataire ne jouerait pas en faveur des efforts de prévention dans la protection incendie.

L'art. 95c, al. 3 let. c AP-LCA devrait donc être purement et simplement supprimé ou devrait être modifié en ces termes : « habilitées à utiliser *gracieusement* la chose assurée ».

L'art. 95c, al. 3 AP-LCA devrait être formulé en vue d'empêcher tout débordement contraire au système par la jurisprudence et dans l'ensemble rédigé de manière plus restreinte et limité aux personnes « qui ont des liens *personnels* étroits avec l'assuré ».

Art. 103 al. 2 LCA

Les établissements cantonaux d'assurance des bâtiments, de droit public, sont exclus du champ d'application de la LCA en vertu de l'art. 98 al. 3 de la Constitution fédérale (a contrario). Jusqu'ici, la loi a tenu compte de ce fait - uniquement, mais tout de même - dans l'art. 103 al. 2 LCA. Si l'on supprimait purement et simplement cet article, la LCA ne mentionnerait plus cette exception, ce qui nuirait à la facilité de compréhension de la loi, en particulier pour les profanes. Pour éviter cela, nous proposons d'intégrer le contenu de l'art. 103 al. 2 LCA dans un nouvel alinéa de l'art. 101 AP-LCA (« Rapports juridiques non concernés par la loi »). Nous proposons la formulation suivante : « Ne sont également pas concernées par la présente loi les prescriptions cantonales concernant des relations d'assurance au sein d'organismes d'assurance gérés par les cantons ».

Nous vous prions de bien vouloir examiner nos demandes et espérons que vous pourrez les prendre en considération.

Veuillez agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, nos salutations les meilleures.

ECA JURA
Le Directeur



François-Xavier Boillat

Par courriel et courrier A

Monsieur
Ueli Mauer
Conseiller fédéral
Département fédéral des finances
Service juridique du DFF
Bernerhof
3003 Berne

regulierung@gs-efd.admin.ch

Martigny, le 24 octobre 2016

Révision de la loi sur le contrat d'assurance : procédure de consultation

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous faisons suite à votre lettre du 6 juillet et avons l'avantage de vous faire parvenir la prise de position du Groupe Mutuel association d'assureurs (ci-après GM) sur le projet de loi sur le contrat d'assurance.

Remarques préliminaires

L'actuel projet de révision fait suite au mandat donné par le Parlement au Conseil fédéral en mars 2013 d'élaborer une révision partielle sur des points précis. A ce titre, les directives suivantes devaient être respectées.

1. La LCA actuelle doit être maintenue et ne sera modifiée que ponctuellement. En particulier, les dispositions qui ont fait leurs preuves et celles qui ont été modifiées lors de la révision partielle des années 2006–2007 ne seront pas modifiées.
2. Les modifications de la LCA ne sont nécessaires que sur les points suivants (eu égard aux conséquences financières):
 - droit de révocation adéquat (voir l'art. 7 du projet*);
 - réglementation sur la couverture provisoire (voir l'art. 23 du projet*);
 - autorisation de l'assurance rétroactive (voir l'art. 24 du projet*);
 - abandon de la fiction d'approbation nuisible aux consommateurs (art. 12 LCA);
 - prolongation appropriée des délais de prescription;
 - droit de résiliation ordinaire (voir l'art. 52 du projet* ; interdiction des contrats léonins).

** Projet de révision totale de la LCA refusé par le Parlement en 2013.*

Ce faisant, il s'agira d'éviter toute atteinte inutile à la liberté de contracter.

3. Le champ de protection sera limité de manière appropriée. Voir les grands risques prévus par le projet.

4. Les notions utilisées seront généralement reconnues de tous et ne doivent pas être sujettes à interprétation (la LCA doit faire office de complément au CO; unité de l'ordre juridique).
5. Il y a lieu de tenir compte du commerce électronique. Les destinataires de la loi (les preneurs d'assurance ainsi que les sociétés d'assurance et leurs représentants) doivent être impliqués dans le processus d'élaboration de la révision partielle.

Après quelques considérations générales, nous nous proposons donc de commenter les dispositions prévues, à travers le prisme des directives parlementaires 1, 2 et 5 qui posent le cadre du groupe d'experts chargé d'élaborer la révision partielle de la LCA et qui était composée de représentants de groupes d'intérêts (assurance, protection des consommateurs) ainsi que de représentants de diverses autorités, dont la FINMA.

Appréciation globale

Le Groupe Mutuel constate que si le mandat parlementaire demandait une révision très limitée de la LCA ; la concrétisation de ce dernier se solde par une révision quasi complète de la loi au vu du grand nombre de dispositions modifiées (environ les deux tiers), dont certaines modifications ne sont par ailleurs que des reprises plus ou moins adaptées de dispositions proposées dans le cadre de la révision totale de la LCA de 2011. Dès lors, le Groupe Mutuel estime pour sa part que le mandat parlementaire n'a pas été respecté puisque un peu plus d'une dizaine de propositions sont conformes aux limites fixées par le Parlement, contre environ une cinquantaine hors mandat.

Le Groupe Mutuel déplore également l'absence d'évaluation des coûts engendrés par les modifications proposées, alors que l'aspect financier est primordial en matière d'assurance.

Certaines modifications proposées se révèlent particulièrement intrusives au regard du principe de la liberté contractuelle que le Parlement a demandé de respecter (cf. art. 35 Modification des conditions d'assurances, art. 35 al. 4 qui prive l'assureur d'un droit de résiliation ordinaire, art. 35d Cas d'assurance en suspens) et qui est déjà hautement surveillé par la FINMA. Il est à relever que cette intrusion s'effectue parfois aussi au détriment du preneur d'assurance (cf. art. 74 Assurance au décès d'autrui, art. 76 Clause bénéficiaire). D'autres sont conséquentes et concernent des questions très complexes (cf. les articles 27 à 32 concernant la modification du risque), dont l'acceptation ne manquerait pas d'occasionner une augmentation des coûts consécutifs à l'adaptation des produits, de la documentations, etc. D'autres se révèlent impraticables (cf. 35c Prolongation de la couverture, art. 46b Assurance multiple).

En revanche, les propositions de modifications faites dans le cadre du mandat parlementaires sont à saluer dans leur ensemble.

Directive 1 La LCA actuelle doit être maintenue et ne sera modifiée que ponctuellement. En particulier, les dispositions qui ont fait leurs preuves et celles qui ont été modifiées lors de la révision partielle des années 2006–2007 ne seront pas modifiées.
La révision partielle des années 2006 – 2007 concernait entre autre :

- le devoir d'information de l'assureur (art. 3) ;
- la réticence et ses conséquences (art. 6) ;
- la divisibilité de la prime (art. 24) ;
- le retrait de l'agrément : effets de droit privé (art. 36 al. 1) ;
- le dommage partiel (art. 42 al. 2 et 3) ;
- le lieu d'exécution (art. 46a).

Ces dispositions ont toutes fait l'objet de proposition de modification dans la présente procédure de consultation.

Evaluation des modifications proposées

Le Groupe Mutuel est opposé aux propositions de modifications faites en violation manifeste de la directive parlementaire numéro un, ceci d'autant plus que certaines se révèlent inadaptées à la pratique et sont susceptibles d'occasionner une augmentation des frais de gestion. Ses critiques se portent notamment sur les articles suivants :

Section 2 Obligation d'information

Art. 3 Obligation d'information de l'entreprise d'assurance

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée.

L'obligation de renseigner sur la nature de l'assurance (assurance de sommes ou contre les dommages (al. 1 let. b) ne tient pas compte de l'existence de produits mixtes sur le marché. Suivre une telle injonction aurait pour conséquence de devoir scinder les produits mixtes en deux produits distincts, ce qui aurait pour conséquent d'augmenter les coûts, alors que ce renseignement ne présente pas d'utilité pour le preneur d'assurance, en matière de protection des consommateurs.

L'obligation d'indiquer les coûts liés à une assurance vie susceptible de rachat (al. 1 let. f) représente pour sa part une violation du secret d'affaires susceptible de créer une distorsion de concurrence entre les acteurs du marché.

Art. 6 Réticence et ses conséquences

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée.

Les incitatifs au preneur d'assurance pour déclarer correctement les faits importants pour la conclusion du contrat ne cessent de diminuer. En l'occurrence, le droit de refuser les prestations se trouve vidé de sa substance par la modification de l'alinéa trois attendu qu'en pratique il est extrêmement difficile pour un assureur d'évaluer le taux de réduction des prestations relatif à une réticence « partielle ». Dès lors, le nombre de fraudeurs à charge du collectif d'assurance pourrait augmenter.

Section 4 Prime

Art. 24 Divisibilité de la prime // Art. 42 Dommage partiel (abrogation de l'alinéa 3)

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée.

La modification proposée introduit une inégalité de traitement en matière de risques entre le preneur d'assurance et l'assureur, attendu qu'en cas de résiliation du contrat, le premier peut demander la restitution de la prime non consommée pro rata temporis, alors que le second garde à sa charge les coûts de conclusion en plus des prestations. Rien ne justifie une telle distinction.

Section 6 Fin du contrat

Art. 36 al. 1 Retrait de l'agrément : effets de droit privé

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée.

Cette disposition ne présente aucune utilité, compte tenu que le retrait de l'agrément par les autorités de la FINMA est assorti des mesures d'interventions de la FINMA fondées sur la LSA.

Directive 2 Les modifications de la LCA ne sont nécessaires que sur les points suivants (eu égard aux conséquences financières):

- le droit de révocation (art. 2a et 2b) ;
- la réglementation sur la couverture provisoire (art. 9) ;
- l'autorisation de l'assurance rétroactive (art. 10) ;
- l'abandon de la fiction d'approbation nuisible aux consommateurs (art. 12) ;
- la prolongation appropriée des délais de prescription (art. 46) ;
- le droit de résiliation ordinaire (art. 35a).

Evaluation des modifications proposées

Section 3 Contenu et force obligatoire du contrat

Art. 9 Réglementation sur la couverture provisoire

Le Groupe Mutuel accepte la modification proposée.

Art. 10 Autorisation de l'assurance rétroactive

Le Groupe Mutuel accepte la modification proposée pour les raisons invoquées dans le rapport explicatif (cf. p. 23) :

« En général, un contrat d'assurance est conclu pour l'avenir. Il doit offrir une protection contre des événements qui peuvent survenir après sa souscription ou son entrée en vigueur. Dans certains cas, il peut cependant être nécessaire d'accorder une couverture d'assurance pour le passé. La situation matérielle et juridique ne pose aucun problème lorsque le sinistre est considéré contractuellement comme survenu ultérieurement alors que le contrat se rapporte à des événements qui se sont manifestés avant sa conclusion. On peut citer à titre d'exemple les assurances dites « de sinistres déclarés » (claims made) dans le domaine de la responsabilité civile. Dans le cadre de ces couvertures, l'affectation temporelle à la période d'assurance déterminante s'appuie sur l'exercice des prétentions en responsabilité civile par la personne lésée. Le droit en vigueur spécifie qu'un contrat est nul si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu (art. 9 LCA). En pratique, pourtant, il arrive régulièrement qu'une assurance soit conclue pour des événements passés ou qu'un contrat s'y étende, dans la mesure où il existe un intérêt assurantiel correspondant. ... »

Art. 12 Abandon de la fiction d'approbation nuisible aux consommateurs

Le Groupe Mutuel accepte la modification proposée pour les raisons invoquées dans le rapport explicatif (p. 24) :

« La fiction d'approbation ancrée à l'art. 12, al. 1, LCA, selon laquelle le preneur d'assurance doit demander la rectification de la police dans les quatre semaines à partir de sa réception faute de quoi sa teneur est considérée comme acceptée même si elle ne concorde pas avec les conventions intervenues, constitue une sanction très sévère pour le non-respect ou pour l'exercice trop tardif de l'obligation de rectification. On contraint ainsi le preneur d'assurance, d'une manière contraire aux règles générales du CO, à accepter un contrat qu'il ne voulait peut-être même pas conclure. La doctrine dominante considère que cette fiction d'approbation est inéquitable. Eu égard aux devoirs d'information détaillés que l'entreprise d'assurance doit remplir, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (voir l'art. 3 AP-LCA), il n'est plus opportun aujourd'hui de transférer unilatéralement au

preneur d'assurance le risque d'une documentation erronée de la teneur du contrat d'assurance. Ce serait plutôt à l'entreprise d'assurance de veiller à l'exactitude des documents qu'elle établit. Par conséquent, la disposition énoncée à l'art. 12 LCA doit être purement et simplement abrogée. Le Parlement avait également exigé cette suppression lors du renvoi de la révision totale. »

Section 6 Fin du contrat

Art. 35a Droit de résiliation ordinaire

La modification proposée est conforme au mandat parlementaire, en ce qui concerne les alinéas 1 à 3, mais pas en ce qui concerne l'alinéa 4. En effet, le mandat parlementaire ne prévoit pas de priver les assureurs-maladie d'un droit de résiliation ordinaire. Il est à relever que cette interdiction existe déjà dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire (AOS), mais non pas dans l'assurance-maladie complémentaire où s'applique le principe de la liberté contractuelle. Il s'agit donc d'une atteinte grave à la liberté contractuelle, dont la justification semble totalement absente, particulièrement dans le cadre des assurances collectives d'indemnités journalières maladie. En effet, dans ce contexte, les preneurs d'assurances n'assurent pas le personnel contre le risque d'être un mauvais risque. Le Groupe Mutuel demande donc la suppression de l'alinéa 4.

En ce qui concerne la durée initiale du contrat, le Groupe Mutuel demande le maintien du délai de cinq ans qui permettrait de mieux tenir compte des risques d'anti-sélection, au lieu de trois.

Section 8 Autres dispositions

Art. 46 Prolongation appropriée des délais de prescription

Le Groupe Mutuel accepte la modification proposée, mais demande le maintien de la durée de la prescription à deux ans pour les assurances collectives d'indemnités journalières maladie, pour lesquels le délai de cinq ans est impraticable compte tenu de la difficulté à définir la « maladie » en tant que sinistre, mais aussi du fait que les médecins et les vérificateurs rechignent davantage à évaluer les dires concernant l'état de santé d'une personne au fil du temps (difficulté croissante à obtenir des clarifications portant sur des faits passés et donc à pouvoir procéder aux évaluations nécessaires). Appliquer un délai de cinq ans accroît l'insécurité juridique et pourrait augmenter le nombre des litiges et par là même les coûts inhérents, ce qui au final pèserait sur les primes.

Directive 5 Il y a lieu de tenir compte du commerce électronique. Les destinataires de la loi (les preneurs d'assurance ainsi que les sociétés d'assurance et leurs représentants) doivent être impliqués dans le processus d'élaboration de la révision partielle.

Le Groupe Mutuel constate que le commerce électronique a été pris en compte dans de nombreuses modifications. Il accepte les propositions de modifications concernant l'intégration du e-commerce concernant les articles suivants :

- art. 4 Déclarations obligatoires lors de la conclusion du contrat / a. Règle générale ;
- art. 20 Prime c. Somme obligatoire. Conséquences de la demeure ;
- art. 44 Communications du preneur d'assurance ou de l'ayant droit ; adresse ;
- art. 46b (al.1) Assurances multiples ;
- art. 54 Changement de propriétaire ;
- art. 95 Droit de gage de l'entreprise d'assurance.

Concernant l'art. 39 Justification des prétentions, le Groupe Mutuel constate qu'une version précédente prévoyait l'introduction du e-commerce au chiffre 2 de l'alinéa 2 (cf. prise de position ASA du 30.11.2015). Actuellement, cette modification a disparu. Le Groupe Mutuel demande la réintroduction du « e-commerce » au chiffre 2 de l'alinéa 2.

Autres modifications proposées hors cadre parlementaire

Le projet contient encore d'autres propositions de modification d'articles non demandées par le Parlement. Compte tenu du dépassement manifeste du cadre parlementaire, le Groupe Mutuel s'oppose aux propositions de modifications, dont certaines se révèlent inadaptées à la pratique et onéreuses. Ses critiques se portent notamment sur les articles suivants :

I. Dispositions générales

Art. 8 Maintien du contrat malgré la réticence

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée, compte tenu que le contenu actuel l'alinéa 6 représente dans une certaine utilité notamment en cas d'appel d'offre de prestations.

Art. 10a Impossibilité de survenance du sinistre

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée.

La modification proposée est inutile et dénuée de sens puisque dans le domaine de l'assurance-vie ou de l'assurance chose, la nullité du contrat conclu pour un sinistre dont la survenance est impossible demeure une évidence et n'a par conséquent pas besoin d'être réglée dans la loi, ceci d'autant plus que l'art. 20 CO règle déjà ce cas de figure. En outre, cette disposition posera des problèmes d'application dans le domaine des assurances maladie et accident complémentaires ainsi que dans l'assurance d'indemnités journalières. En effet, à titre d'exemple, un contrat d'assurance maladie et accident complémentaire ou d'assurance d'indemnités journalières conclu pour un produit d'assurance comprenant la maternité sera nul totalement ou partiellement pour le cas où le preneur d'assurance est un homme.

Art. 11 Police

Le Groupe Mutuel demande le maintien de son droit à percevoir outre le timbre et les frais de port, une taxe pour l'expédition de la police et pour les modifications ultérieures. Supprimer le droit aux frais précités peut laisser croire que ceux-ci seraient interdits à l'avenir.

Section 3 Contenu et force obligatoire du contrat

Art. 13 Nature juridique de la police ; cession et nantissement

Le Groupe Mutuel rejette la modification proposée.

La mise en gage concerne les assurances-vie, dès lors il ne se justifie pas de déplacer l'article 73 dans les dispositions générales.

Section 5 Modification du contrat

Le Groupe Mutuel rejette les modifications proposées aux articles 27 à 32, ainsi que les modifications qui en découlent (abrogation de l'article 23 Prime f. Réduction de la prime) compte tenu de l'impossibilité de les mettre en pratique dans le domaine de l'assurance-maladie (comment évaluer une augmentation ou une diminution du risque ?).

Par ailleurs, compte tenu du cadre parlementaire posé, une modification d'une telle ampleur ne trouve aucune justification.

Art. 35 Modification des conditions d'assurances

Le Groupe Mutuel rejette la modification proposée.

Cet article limite sans nécessité la liberté contractuelle, compte tenu du fait que la branche d'assurance est soumise à la surveillance directe de la FINMA qui peut intervenir en cas d'abus (cf. art. 41 al.1 lit. f LSA, art. 117 CO).

Dans la pratique, il arrive fréquemment que des couvertures soient ajoutées sans supplément de prime (modification au seul bénéfice du preneur d'assurance) ; l'art. 35 tel que rédigé ne permettrait plus de telles adaptations. Plus grave, le cumul des articles 35 et 35a al. 4 a pour conséquence que l'assureur n'a ni la possibilité de modifier ses conditions d'assurances ni de résilier le contrat.

Section 6 Fin du contrat

Art. 35c Prolongation de la couverture

Le Groupe Mutuel rejette la modification proposée.

Dans l'assurance-maladie et l'assurance d'indemnités journalières, il est difficile voire impossible de déterminer à quel moment précis le sinistre, soit en l'espèce la maladie, s'est produit. En effet, une maladie n'est pas, comme un accident, un événement précis et unique dans le temps, mais s'étale souvent sur une certaine période et n'a pas de point de départ précis. C'est la raison pour laquelle, en assurance-maladie, le moment déterminant pour définir le droit aux prestations est la date de traitement et non pas la date de la survenance du sinistre.

Dans le cadre de l'assurance-maladie, l'obligation de prendre en charge les coûts revient à l'assureur auprès duquel l'assuré est affilié. Cette obligation cesse lorsque le contrat prend fin et que l'assuré change d'assureur.

Par ailleurs, en matière d'assurance indemnités journalières, les assureurs-maladie ont signé entre eux une convention qui prévoit la reprise des cas en cours et non encore terminés par le nouvel assureur. En outre, force est de constater que la mise en œuvre d'une telle disposition entraînerait non seulement une surcharge administrative non négligeable pour les assureurs-maladie, ce qui représente des coûts supplémentaires, mais probablement aussi plus de litiges.

Art. 35d Cas d'assurance en suspens

Le Groupe Mutuel rejette la modification proposée qui représente une atteinte à la liberté contractuelle.

La modification proposée serait la mise en application de l'ATF 135 II 225. Or, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral ne pose pas le principe de l'invalidité de dispositions, qui selon l'art. 35d seraient déclarées nulles,

mais se prononce sur le caractère inhabituelle d'une clause qui a été mal placée dans le contrat. L'art. 35d résulte donc d'une mauvaise interprétation de la jurisprudence.

Dans l'assurance-maladie perte de gain, les cas en cours sont repris par le nouvel assureur, en cas de changement d'assureur, conformément à une convention passée entre les assureurs. Une telle modification rendrait celle-ci caduque.

Art. 36 Retrait de l'agrément : effet de droit privé

Le Groupe Mutuel rejette la modification proposée qui ne présente aucune utilité par le fait que le retrait de l'agrément par les autorités de la FINMA est assorti de mesures d'interventions fondées sur la LSA.

Art. 37 Faillite de l'assureur

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée, pour le motif invoqué pour l'art. 36.

Section 7 Survenance du sinistre

Art. 38 Déclarations obligatoires en cas de sinistre

Le Groupe Mutuel rejette la modification proposée car la notion « délai adéquat » utilisée est sujette à interprétation.

Art. 42c Frais occasionnés par la limitation du dommage

Le Groupe Mutuel rejette la modification proposée.

Cet article (qui concerne actuellement les assurances chose) poserait d'énormes problèmes d'interprétation dans le domaine de l'assurance maladie et accident complémentaire ainsi que dans l'assurance d'indemnités journalières, compte tenu que l'assureur-maladie risquerait de devoir prendre en charge des frais de prévention qui ne font pas partie du catalogue des prestations couvertes par le produit d'assurance.

Section 8 Autres dispositions

Art. 45 Violation du contrat

Le Groupe Mutuel rejette la modification proposée.

Cette modification protège le preneur d'assurance de façon disproportionnée, compte tenu de la difficulté des preuves à apporter par l'assureur pour faire valoir la sanction. Cela pourrait même représenter un incitatif à la dissimulation.

Art. 46a Faillite du preneur d'assurance

Le Groupe Mutuel rejette la modification de l'alinéa 2 qui est incompréhensible.

Les biens insaisissables au sens de l'art. 92 LP ne tombent pas dans la masse en faillite et restent à la disposition du failli. En cas de sinistre, la prestation de l'entreprise d'assurance revient exclusivement à ce dernier.

Art. 46b Assurance multiple

Le Groupe Mutuel rejette la modification proposée (à l'exception de l'introduction du e-commerce). L'article 53 doit rester exclusivement applicable à l'assurance de dommage et ne pas s'étendre à l'assurance de sommes.

Les produits d'assurance-maladie sont difficilement comparables. Cette disposition ne peut aboutir qu'à une augmentation des litiges. Par ailleurs, un preneur d'assurance qui conclut des assurances multiples, bien qu'il ait reçu les informations précontractuelles au sens de l'art. 3 LCA, n'est pas digne de protection, au regard de l'application du principe « pacta sunt servanda ».

Art. 46c Obligation de réparer en cas d'assurance multiple

La modification proposée est hors mandat parlementaire et doit déjà être rejetée pour ce motif.

II. Dispositions spéciales

Section 3 Assurance sur la vie

Art. 74 Assurance au décès d'autrui

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée.

La clause bénéficiaire est définie par le preneur d'assureur, il n'y a pas de raison de restreindre sa latitude de choix lors d'une modification ultérieure. Cette modification est susceptible par ailleurs d'occasionner des coûts administratifs supplémentaires ainsi qu'une certaine insécurité juridique en matière de détermination du bénéficiaire.

Art. 75 Indication inexacte de l'âge (abrogation)

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée.

La suppression de règles claires pour régler une situation particulière, au motif que celle-ci survient rarement en pratique, n'est pas adéquat, compte tenu de l'importance que revêt le critère de l'âge pour le calcul de la prime dans l'assurance de personne.

Art. 76 Clause bénéficiaire

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée.

La répartition telle que prévue ne se justifie pas et peut contrevenir même à la volonté du preneur d'assurance, lorsque celui-ci a prévu une répartition asymétrique entre les différents bénéficiaires. Dans ce cas, les droits « supplémentaires », provenant de la perte « fautive » de la qualité de bénéficiaire, devraient être répartis dans la proportion qui leur a été allouée.

Art. 78 c. Nature du droit du bénéficiaire

Le Groupe Mutuel refuse la modification proposée qui constitue une violation de la liberté contractuelle.

L'article 78 actuel est un article qui a fait ses preuves. Par ailleurs, cette modification est susceptible d'occasionner des frais de gestion supplémentaires conséquents dans la mesure où l'entreprise d'assurance devrait rechercher les héritiers.

Art. 90 Transformation et rachat / a. Règle générale

La modification proposée est hors mandat et devrait déjà être rejetée pour ce motif.

III. Dispositions impératives

Art. 97 Prescriptions qui ne peuvent être modifiées - Art. 98 Prescriptions qui ne peuvent être modifiées au détriment de l'ayant-droit

Le Groupe Mutuel refuse les modifications proposées compte tenu qu'elles sont faites sans explication sur les motifs.

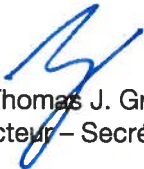
IV. Dispositions finales

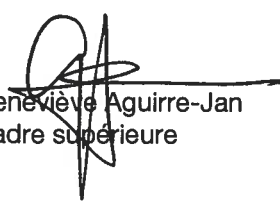
Art. 102 Rapport entre le nouveau droit et l'ancien

Une disposition transitoire devrait être introduite précisant que les contrats conclus sous l'emprise de l'actuelle LCA y restent soumis (pas de rétroactivité). La solution contraire conduirait à une augmentation des coûts administratifs occasionnés par l'adaptation du contrat aux nouvelles conditions légales et vraisemblablement à une augmentation de primes. Par ailleurs, un délai pour la mise en œuvre des modifications devrait être prévu (au moins deux ans).

En espérant que nos remarques aient l'heur de retenir votre attention, nous vous souhaitons bonne réception de la présente et vous présentons, Monsieur le Conseiller fédéral, nos respectueuses salutations.

Groupe Mutuel


Dr. Thomas J. Grichting
Directeur – Secrétaire général


Geneviève Aguirre-Jan
Cadre supérieure

Per E-Mail

Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD, Bernerhof
3003 Bern

Homburger AG
Prime Tower
Hardstrasse 201 | CH-8005 Zürich
Postfach 314 | CH-8037 Zürich

T +41 43 222 10 00
F +41 43 222 15 00
lawyers@homburger.ch

regulierung@gs-efd.admin.ch

27. Oktober 2016 APH
P801910v1

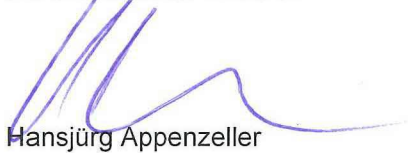
Vernehmlassung zur Revision des Versicherungsvertragsgesetzes

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 6. Juli 2016, womit Sie interessierte Kreise zur Vernehmlassung in Bezug auf die geplante Teilrevision des Versicherungsvertragsgesetzes einladen. In der Beilage übermitteln wir Ihnen unsere Kommentare zu den einzelnen geplanten Änderungen.

Sollten Sie zu unserer Stellungnahme Fragen haben, so stehen wir Ihnen gerne für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Hansjürg Appenzeller



Simon Bühler

Anhörung zur Teilrevision des Versicherungsvertragsgesetzes

Änderungsvorschläge

Art. 6 Abs. 3 VE-VVG

³ Wird der Vertrag durch Kündigung nach Absatz 1 aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens für bereits eingetretene Schäden, **soweit** deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat das Versicherungsunternehmen Anspruch auf Rückerstattung.

Begründung:

Die Bestimmung war bereits Gegenstand der VVG-Teilrevision vom 17. Dezember 2004, welche am 1. Januar 2006 in Kraft gesetzt wurde. Damals wurde die Position der Versicherten massgeblich gestärkt, indem die Versicherung für eine Leistungsbefreiung nachweisen muss, dass zwischen der nicht oder unrichtig angezeigten Gefahrstatsache und dem eingetretenen Schaden ein Kausalzusammenhang vorliegt. Die derzeitige Regelung führt dazu, dass eine Teilkausalität zu einer vollständigen Leistungsbefreiung führt. Bereits die zurückgewiesene Totalrevision des VVG hatte zum Ziel, diesen "pönal Charakter" als "Mangel" der geltenden Regelung zu beseitigen.¹ Die im Vorentwurf enthaltene Regelung, welche eine Leistungsreduktion im Umfang der Kausalität vorsieht, ist jedoch sachlich nicht gerechtfertigt:

- Eine Leistungsverweigerung setzt eine Anzeigepflichtverletzung des Anzeigepflichtigen voraus, wobei die Beweislast für die eine Anzeigepflichtverletzung begründenden Umstände gemäss Art. 8 ZGB dem Versicherer obliegt. Ein Verschulden des Anzeigepflichtigen ist nicht erforderlich, spielt jedoch indirekt eine Rolle bei der Beurteilung des Verhaltens des Anzeigepflichtigen nach Treu und Glauben.² In der Praxis müssen die Versicherer regelmässig einen hohen Aufwand betreiben, um ihrer Beweislast aus Art. 8 ZGB nachzukommen. Durch die einschneidende Konsequenz für die Versicherten, dass eine Teilkausalität zu einer vollständigen Leistungsverweigerung führen kann, besteht heute ein Anreiz, der Anzeigepflicht sorgfältig und wahrheitsgemäss nachzukommen. Die vorgeschlagene Regelung würde diese Disziplinierungsfunktion weitgehend abschaffen. In Kombination mit der Beweislast der Versicherung würde dies zu einem Fehlanreiz (*Moral Hazard*) des Anzeigepflichtigen führen, bei der Antragstellung eine Anzeigepflichtverletzung zu seinem eigenen Vorteil vorzunehmen.

¹ Botschaft zur Totalrevision des Versicherungsvertragsgesetzes vom 7. September 2011, BBl. 2011 7705 ff., 7744 f.; vgl. den in der Totalrevision vorgeschlagenen Art. 19 E-VVG.

² BSK VVG-NEF, Art. 6 N 9 f., m.w.H.

- Der Erläuternde Bericht (S. 22, Fn. 20) illustriert die vorgeschlagene Regelung am Beispiel einer Gebäudefeuerversicherung, bei der eine Antragsfrage betreffend Bauweise eines Hauses (Stein oder Holz) durch den Versicherungsnehmer falsch beantwortet wird. Jedoch wird in der Regel das Kriterium der Bauweise eines Gebäudes als zentrales Risikomerkmäl vom Versicherer in Eigenverantwortung erhoben und ist daher nicht Gegenstand einer Antragsfrage. Wir möchten daher die Verwendung eines anderen Beispiels anregen.
- Die vorgeschlagene Neuregelung würde zu erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten führen. Neu müsste zusätzlich das Ausmass der Kausalität bestimmt werden. Dieses Problem würde sich insbesondere bei indizierenden Umständen stellen. Dies zeigt sich illustrativ bei der Motorfahrzeugversicherung. Die in den Antragsformularen gestellten Fragen zu Verurteilungen, Unfällen oder Fahren in angetrunkenem Zustand sind nicht direkte Ursache und daher nicht kausal für einen späteren Unfall.³ Eine enge Auslegung des Kausalitätserfordernisses in Art. 6 Abs. 3 VVG hätte zur Folge, dass die Versicherer und letztlich die Prämienzahler die Konsequenzen von Schäden tragen müssten, deren Eintrittswahrscheinlichkeit der Versicherer aufgrund der unrichtigen Angaben nicht einschätzen konnte. Das Bundesgericht hielt in einem neueren Entscheid fest, dass diese enge Auslegung des Gesetzeswortlautes zu einem unbilligen Ergebnis führen würde, welches der Gesetzgeber nicht beabsichtigte. Das Bundesgericht bejahte daher in diesen Konstellationen ein Leistungsverweigerungsrecht des Versicherers.⁴ Die vorgeschlagene Regelung, wonach das Leistungsverweigerungsrecht nur im Umfang der Kausalität besteht, ist nur schwer mit dieser Rechtsprechung zu vereinbaren. Da bei indizierenden Umständen die Kausalität fehlt, besteht die Gefahr, dass die vorgeschlagene Neuregelung in diesen Konstellationen zu einer vollumfänglichen Leistungspflicht des Versicherers und damit einem unbilligen Ergebnis führt. Sollte die vorgeschlagene Regelung Eingang in den Entwurf finden, regen wir an, in der Botschaft auf diese Problematik einzugehen.

³ Vgl. BGer 4A_150/2015 vom 29. Oktober 2015, E. 7.5.

⁴ BGer 4A_150/2015 vom 29. Oktober 2015, E. 7.5; vgl. EISNER-KIEFER, Indizierende Umstände: Urteil des Bundesgerichts 4A_150/2015 vom 29. Oktober 2015, in: Jusletter vom 8. Februar 2016.

Art. 35 VE-VVG

~~¹ Eine Vertragsbestimmung, wonach das Versicherungsunternehmen die Versicherungsbedingungen einseitig anpassen kann, ist nichtig, soweit es sich nicht um Versicherungen von beruflichen oder gewerblichen Risiken handelt.~~

~~² Vorbehalten bleibt das vertraglich vereinbarte Recht des Versicherungsunternehmens, die Prämie anzupassen.~~

Werden im Laufe der Versicherung die allgemeinen Versicherungsbedingungen derselben Versicherungsart abgeändert, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Vertrag zu den neuen Bedingungen fortgesetzt werde. Er muss jedoch, wenn für die Versicherung zu den neuen Bedingungen eine höhere Gegenleistung erforderlich ist, das entsprechende Entgelt gewähren.

Begründung:

Gemäss Erläuterndem Bericht (S. 33) trägt der Vorschlag Art. 8 UWG Rechnung. Ein generelles einseitiges Recht auf Anpassung der AVB führe zu einem stossenden Ungleichgewicht der Parteien, was man allein schon daran sehe, dass niemandem auch nur in den Sinn kommen würde, einem Versicherungsnehmer ein gleiches Recht einzuräumen. Diese Argumentation ist unseres Erachtens nicht stichhaltig:

- Zwischen den Rollen des Versicherungsnehmers und des Versicherers im Versicherungsvertrag bestehen fundamentale Unterschiede. Entsprechend kann man die Frage eines stossenden Ungleichgewichts nicht daran festmachen, ob ein Recht gleichermassen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer zukommen könnte.
- Die Frage der Rechtmässigkeit einer einseitigen Vertragsanpassung richtet sich nach den allgemeinen zivilrechtlichen Grundsätzen, wobei nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts insbesondere die Schranken der Vorhersehbarkeit, des Rechtsmissbrauchsverbots sowie der Ausübung nach billigem Ermessen von Bedeutung sind.⁵ Darüber hinaus ist Art. 8 UWG von Bedeutung. Im Erläuterungsbericht wird nicht dargelegt, weshalb eine Spezialregelung im VVG erforderlich sein soll. Im Sinne der Einheit der Rechtsordnung schlagen wir daher vor, auf die vorgeschlagene Regelung zu verzichten und stattdessen Art. 35 VVG unverändert zu lassen.
- Die vorgeschlagene Regelung könnte zu erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten führen. So bewegen sich die Versicherer in einem dynamischen Umfeld, sowohl in wirtschaftlicher als auch rechtlicher Hinsicht. Anpassungen an den AVB sind regelmässig Resultat von Änderungen regulatorischer Rahmenbedingungen, geänderter Rechtsprechung oder Wettbewerb. Das vorgeschlagene Verbot einseitiger Vertragsanpassungen würde die Versicherer beispielsweise dazu zwingen, für

⁵

Vgl. illustrativ BGE 135 III 1, E. 2.5; BGE 84 II 13, E. 2 und BGE 118 II 157, E. 4b.bb.

eine durch angepasste Datenschutzanforderungen notwendig gewordene Anpassung der AVB eine Zustimmung beim Versicherungsnehmer einzuholen. Dies könnte mit einem hohen Aufwand einhergehen und stände in keinem vernünftigen Verhältnis zum erwarteten Nutzen.

- Schliesslich verzichtet der Entwurf auf ein Recht von Versicherungsnehmern auf Fortsetzung des Versicherungsvertrags zu neuen Bedingungen gemäss heutigem Art. 35 VVG. Dieses Recht kann nicht aus den allgemeinen zivilrechtlichen Grundsätzen zur Vertragsanpassung abgeleitet werden und stellt daher eine Ergänzung dar. Aus der Tatsache, dass sich die Gerichte nur sehr selten mit dieser klaren Norm auseinandersetzen haben, kann unseres Erachtens nicht abgeleitet werden, dass sie sich "weitgehend als unnötig erwiesen" (Erläuternder Bericht, S. 33) hat.

Art. 98a VE-VVG

¹ Die Artikel 97 und 98 gelten nicht bei Kredit-, Kautions- und Transportversicherungen, soweit es sich um Versicherungen von beruflichen oder gewerblichen Risiken handelt. Sie gelten auch nicht bei professionellen Versicherungsnehmern.

² Als professionelle Versicherungsnehmer gelten:

- a. Vorsorgeeinrichtungen und Einrichtungen, die der beruflichen Vorsorge dienen;
- b. Finanzintermediäre nach dem Bankengesetz vom 8. November 1934, ~~und~~ dem Kollektivanlagegesetz vom 23. Juni 2006 und dem Börsengesetz vom 24. März 1995;
- c. Versicherungsunternehmen nach dem VAG;
- d. ausländische Versicherungsnehmer, die einer gleichwertigen prudenziellen Aufsicht unterstehen wie die Personen nach den Buchstaben a–c;
- e. öffentlich-rechtliche Körperschaften mit professionellem Risikomanagement;
- f. Unternehmen mit professionellem Risikomanagement.
- g. Konzernobergesellschaften einer Finanz- oder Versicherungsgruppe oder eines Finanz- oder Versicherungskonglomerats.

Begründung:

Wir begrüssen die neu eingeführte Ausnahmebestimmung ausdrücklich. Derzeit besteht in der Praxis regelmässig das Problem, dass sich die von dieser Bestimmung erfassten professionellen Versicherungsnehmer rechtlich aufgrund von Konsumentenschutzbestimmungen nur unvollständig binden können. Ein Beispiel stellt Art. 42 Abs. 1 VVG dar, auf die der Versicherungsnehmer derzeit gemäss Art. 98 Abs. 1 VVG nicht verzichten kann. Dies kann zu einer Erschwerung in Rückversicherungsfazilitäten (insbesondere mit Konnex zum Kapitalmarkt) führen, da bei jedem Teilschaden mit einer Beendigung durch den Versicherungsnehmer gerechnet werden muss.

Die vorgeschlagenen Anpassungen in Art. 98a VE-VVG erfolgen nach Vorbild von Art. 93 Abs. 2 FinfraG, in denen sog. "Finanzielle Gegenparteien" definiert werden. Wir schlagen daher vor, auch Effekthändler und Konzernobergesellschaften einer Finanz- oder Versicherungsgruppe oder eines Finanz- oder Versicherungskonglomerats in die Aufzählung aufzunehmen.

27. Oktober 2016

Hansjürg Appenzeller, Homburger AG

Simon Bühler, Homburger AG

Eidgenössisches Finanzdepartement
Bundesgasse 3
CH-3003 Bern

Per Email an: regulierung@gs-efd.admin.ch

Bern, 4. November 2016

REVISION DES VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZES: VERNEHMLASSUNG

Stellungnahme von Inclusion Handicap zur Revision des Versicherungsvertrags- gesetzes (VVG)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Maurer

Inclusion Handicap ist der Dachverband der Behindertenorganisationen in der Schweiz und vertritt die Interessen von Menschen mit Behinderungen. Inclusion Handicap hat unter anderem die Aufgabe, die Umsetzung sowie Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts und des Sozialversicherungsrechts zu fördern und so die autonome Lebensführung von Menschen mit Behinderungen in allen Aspekten des täglichen Lebens zu unterstützen.

Inclusion Handicap begrüsst grundsätzlich die Änderung bzw. Einführung verschiedener Bestimmungen im Rahmen des vorgelegten Gesetzesentwurfs, welche zu einer Verbesserung der Stellung von Versicherungsnehmerinnen und –nehmern führen. Dennoch möchten wir insbesondere aus behindertengleichstellungsrechtlicher Perspektive einige Anregungen für weitere Änderungen im Versicherungsvertragsgesetz einbringen.

Behindertengleichstellungsrecht im Gesetzgebungsprozess

Die Bundesverfassung verbietet in Art. 8 Abs. 2 Diskriminierungen wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung. Art. 8 Abs. 4 BV verpflichtet den Gesetzgeber, Massnahmen zur Beseitigung der Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu ergreifen. Demnach müssen die in Erarbeitung stehenden oder einer Revision unterliegenden Gesetze sowie Verordnungen immer auch unter dem Aspekt der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen überprüft werden. Führen sie zu einer direkten oder indirekten Diskriminierung, sind sie mit Art. 8 Abs. 2 BV nicht vereinbar. Den Auftrag von Art. 8 Abs. 4 BV hat der Bundesgesetzgeber bis jetzt hauptsächlich durch den Erlass des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 13. Dezember 2002 (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG; SR 151.3) wahrgenommen, aber



auch durch die Verankerung von behindertengleichstellungsrechtlichen Vorschriften in der Spezialgesetzgebung.

Auf völkerrechtlicher Ebene verpflichtet zudem auch die UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UNO-BRK; SR 0.109) zur Berücksichtigung von deren Anliegen, insbesondere auch im Gesetzgebungsverfahren (Art. 4 Abs. 1 lit. a+b BRK).

Im Folgenden soll in einem ersten Schritt anhand der Beratungspraxis von Inclusion Handicap aufgezeigt werden, inwiefern Menschen mit Behinderungen im Rahmen privater Versicherungen eine Ungleichbehandlung erfahren. Es folgt eine rechtliche Würdigung dieser Sachverhalte aus Sicht des Behindertengleichstellungsrechts, um schliesslich mögliche Gesetzesänderungen zu skizzieren.

1. Ungleichbehandlungen von Menschen mit Behinderungen im Rahmen privater Versicherungen in der Praxis

Im Rahmen seiner Beratungspraxis begleitet Inclusion Handicap regelmässig Menschen mit Behinderungen, die in unterschiedlicher Weise mit einer Ungleichbehandlung durch ein privates Versicherungsunternehmen konfrontiert worden sind. Da eine umfassende Darstellung der Formen von Ungleichbehandlungen den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen würde, werden an dieser Stelle exemplarisch drei Fallkonstellationen aus der Praxis geschildert, die verschiedene Versicherungsbereiche, Arten von Behinderungen und Formen von Ungleichbehandlungen betreffen. Die ersten beiden Fallkonstellationen enthalten zudem zwei verschiedene Untervarianten.

Fallkonstellation 1: Verweigerung des Abschlusses einer Krankenzusatzversicherung

1.a) Eine ältere gehörlose Frau möchte eine Zusatzversicherung abschliessen, damit sie bei Spitalaufenthalten Anspruch auf ein Einzelbettzimmer hat. Im Rahmen des Antragsverfahrens muss sie ein Formular betreffend ihren Gesundheitszustand ausfüllen. Einige Wochen später erhält sie von der Versicherung eine Absage. Auf ihre Nachfrage hin wird ihr als Begründung mitgeteilt, dass sie als gehörlose Person ein hohes Risiko darstelle.

1.b) Eine ältere gehörlose Frau möchte eine Zusatzversicherung abschliessen. Als sie bei einem Versicherungsunternehmen eine Offerte einholen möchte, wird ihr gesagt, dass dies nicht möglich sei. Gehörlose Menschen würden nämlich aufgrund der sehr teuren Operation eines Cochlea-Implantats als hohes Risiko gelten. Dass die betroffene Frau eine Cochlea-Implantation gar nicht in Erwägung zieht, spielt für das Versicherungsunternehmen keine Rolle.

Fallkonstellation 2: Haftungsausschluss in einer Hausratsversicherungspolice bzw. Vorbehalte in einer Krankenzusatzversicherungspolice

2.a) Eine junge Frau mit einer körperlichen Behinderung hat eine Hausratsversicherung bei einem Versicherungsunternehmen abgeschlossen. Als Folge ihrer Behinderung kann sie ihre Bewegungen nur sehr eingeschränkt kontrollieren. Dadurch kommt es immer wieder zu Schäden an Gegenständen des Hausrats, die sie der Versicherung meldet. Als sie die neue Police erhält,



stellt sie fest, dass die Haftung für Schäden, welche aufgrund ihrer unkontrollierten Bewegungen entstanden sind, künftig ausgeschlossen wird.

2.b) Eine junge Frau mit multipler Sklerose möchte eine Krankenzusatzversicherung abschliessen und hat einem Versicherungsunternehmen ihre Unterlagen zugestellt. Das Versicherungsunternehmen sendet ihr daraufhin eine Offerte, welche den Vorbehalt enthält, dass im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung anfallende Kosten nicht übernommen werden.

Fallkonstellation 3: Fehlende Barrierefreiheit im Vertragsabschlussverfahren

Ein blinder Mann mittleren Alters möchte eine Lebensversicherung abschliessen. Das Beratungsgespräch mit dem Kundenberater verläuft positiv, und man einigt sich darauf, dass das Versicherungsunternehmen ihm die für den Vertragsabschluss notwendigen Unterlagen in Form von barrierefreien PDF-Dateien zustelle. Als der Mann die Unterlagen erhält, bemerkt er, dass sie mit dem Screenreader nicht lesbar und navigierbar sind. Als er beim Kundenberater nachfragt, wird ihm gesagt, es sei dem Unternehmen leider nicht möglich, speziell angepasste Unterlagen zu erstellen.

Während der Fokus der Ende 2015 veröffentlichten Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes auf Dienstleistungen des Gemeinwesens lag, zeigten die dennoch erhobenen Grundinformationen betreffend Dienstleistungen Privater, dass seit Inkrafttreten des BehiG kaum Verbesserungen erfolgt waren. Bemerkenswert erscheint im vorliegenden Zusammenhang, dass ein Teil der namentlich genannten Rechtsstreitigkeiten, in welche Behindertenorganisationen involviert waren, Ablehnungen durch Krankenzusatzversicherungen betrafen.¹

Von Interesse mit Blick auf tatsächlich erlebte Ungleichbehandlungen im Bereich privater Versicherungen ist weiter eine breit angelegte Studie der Universität Köln im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. In deren Rahmen wurden 280 Fälle aus sozialwissenschaftlicher Perspektive untersucht, in welchen Menschen mit Behinderungen eine Benachteiligung beim Zugang zu Dienstleistungen privater Unternehmen erfahren und sich an eine Beratungsstelle gewandt hatten.² Dabei wurde der Zugang zu Finanzdienstleistungen mit einem Drittel als quantitativ grösster Lebensbereich in Bezug auf erlebte Benachteiligungen identifiziert.³ Von diesen Benachteiligungen erfolgten wiederum 83% im Bereich der Privatversicherungen. Was die Formen der Benachteiligung im Bereich der Finanzdienstleistungen angeht, so handelte es sich in 71% der Fälle um die Verweigerung einer Dienstleistung, in 18% der Fälle um eine Ungleichbehandlung bei der Gestaltung des Vertrages und in 6% der Fälle um Probleme bei der Barrierefreiheit.⁴

¹ BehiG-Evaluation, S. 37 f.

² ANNE WALDSCHMIDT/ARNE MÜLLER, Barrierefreie Dienstleistungen – Benachteiligungen von behinderten Menschen beim Zugang zu Dienstleistungen privater Unternehmen, Köln 2012, S. 60 ff.

³ Ibid., S. 72.

⁴ Ibid., S. 74.



Es ist davon auszugehen, dass aus einer analogen in der Schweiz durchgeführten Studie ein ähnliches Bild resultieren würde. Die empirische Bedeutsamkeit von Ungleichbehandlungen von Menschen mit Behinderungen beim Zugang zu Privatversicherungen und damit ein gewichtiges Argument für gesetzgeberischen Handlungsbedarf in diesem Bereich scheinen demnach auf der Hand zu liegen.

2. Rechtliche Würdigung aus Sicht des Behindertengleichstellungsrechts

Die hier vorgenommene rechtliche Würdigung ist als summarisch in dem Sinne zu bezeichnen, als sie die relevanten Problematiken grob skizziert, nicht aber vertieft analysiert. Dabei kann eine gewisse Reduktion der Komplexität der rechtlichen und tatsächlichen Phänomene nicht vermieden werden. Betreffend detailliertere Ausführungen wird insbesondere auf die Studie von Kurt Pärli und Tarek Naguib⁵ betreffend der Schutz vor Benachteiligung aufgrund chronischer Krankheit verwiesen.

Ausgehend von den in der Studie der Uni Köln erarbeiteten Benachteiligungskategorien im Bereich des Zugangs zu privaten Dienstleistungen können die eingangs geschilderten Fallkonstellationen 1 – 3 einer Benachteiligungskategorie zugeordnet werden:⁶

Fallkonstellation 1.a) und 1.b): Verweigerung einer Versicherungsdienstleistung

Fallkonstellation 2.a) und 2.b): Ungleichbehandlung bei einer Versicherungsdienstleistung

Fallkonstellation 3: Probleme der Barrierefreiheit

Private Versicherungen im Allgemeinen: öffentlich zugängliche Dienstleistungen

Bei privaten Versicherungen handelt es sich aus behindertengleichstellungsrechtlicher Sicht um öffentlich zugängliche Dienstleistungen, deren Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen gewährleistet sein muss. Auf völkerrechtlicher Ebene verlangt Art. 9 UNO-BRK in einer Generalklausel betreffend Zugänglichkeit, dass u.a. im Zusammenhang mit Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit offenstehen, die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden. Art. 9 Abs. 2 lit. b UNO-BRK verpflichtet die Staaten ausdrücklich sicherzustellen, dass private Rechtsträger, die Einrichtungen und Dienste, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, anbieten, alle Aspekte der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen berücksichtigen. Auch aus dem Diskriminierungsverbot der Bundesverfassung nach Art. 8 Abs. 2 BV lässt sich eine Schutzpflicht des Staates vor Diskriminierungen durch Private beim Zugang zu Dienstleistungen ableiten. Diesbezüglich ist der Gesetzgeber durch den Erlass von Art. 6 BehiG aktiv geworden, wonach Private, die Dienstleistungen öffentlich anbieten, Behinderte nicht auf Grund ihrer Behinderung diskriminieren dürfen. Damit sind von jedermann beanspruchbare Dienstleistungen Privater erfasst (Art. 3 lit. e BehiG).

⁵ KURT PÄRLI/TAREK NAGUIB, Schutz vor Benachteiligung aufgrund chronischer Krankheit. Unter besonderer Berücksichtigung des internationalen Rechts, des Unionsrechts, des AGG und des SGB IX sowie mit einem rechtvergleichenden Seitenblick. Analyse und Empfehlungen, Winterthur 2012, S. 87 f

⁶ Siehe zu entsprechenden Beispielen in der Studie *ibid.*, S. 69.



Krankenzusatz- und Lebensversicherungen im Besonderen

Nebst der Inanspruchnahme von öffentlichen zugänglichen Dienstleistungen ist bei Krankenzusatz- und Lebensversicherungen auch ein Aspekt des Rechts auf Gesundheit betroffen. So verlangt Art. 25 Satz 1 UNO-BRK die Anerkennung des Rechts von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung; Satz 2 enthält die Pflicht der Vertragsstaaten, alle geeigneten Massnahmen zu treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten haben, einschliesslich gesundheitlicher Rehabilitation. Art. 25 Satz 2 lit. e BRK stipuliert die im vorliegenden Zusammenhang besonders einschlägige Verpflichtung, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung zu verbieten, und hält fest, dass solche Versicherungen zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten sind.

Benachteiligung

Begriff der Benachteiligung im Allgemeinen

Gemäss Art. 2 UNO-BRK bedeutet "Diskriminierung aufgrund von Behinderung" jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung aufgrund von Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass das auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennen, Genießen oder Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, bürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird. Sie umfasst alle Formen der Diskriminierung, einschliesslich der Versagung angemessener Vorkehrungen. Der Schutzbereich von Art. 8 Abs. 2 BV im Hinblick auf die Benachteiligung bzw. Diskriminierung ist einerseits eröffnet, wenn eine Verletzung der Würde vorliegt, andererseits aber auch bei einer direkten oder mittelbaren Schlechterbehandlung.⁷ Art. 6 BehiG, dessen Diskriminierungsbegriff das Bundesgericht auf das Vorliegen einer herabwürdigenden Motivation verkürzt,⁸ muss im Lichte von Art. 8 Abs. 2 BV ausgelegt werden.⁹

Statistische Benachteiligung

Aus rechtlicher Sicht ergeben sich somit neben den oben genannten eher sozialwissenschaftlichen Benachteiligungsformen bzw. -kategorien der Verweigerung, Ungleichbehandlung und fehlenden Barrierefreiheit zunächst die Formen der direkten und der mittelbaren Diskriminierung als relevante Benachteiligungsformen. Im Zusammenhang mit Dienstleistungen privater Versicherungsunternehmen ist jedoch eine weitere relevante Form heranzuziehen, welche dem Phänomen der Risikoselektion bzw. -differenzierung, das dem Versicherungswesen immanent ist, Rechnung trägt. Dabei handelt es sich um die sogenannte statistische Benachteiligung bzw. Diskriminierung.

⁷ MARKUS SCHEFER/CAROLINE HESS-KLEIN, Behindertengleichstellungsrecht, Bern 2014, S. 21ff.

⁸ BGE 138 I 475 E.3.3.2 S. 480f. und dazu SCHEFER/HESS-KLEIN, S. 298ff.

⁹ SCHEFER/HESS-KLEIN, S. 297.



Die statistische Diskriminierung beruht auf der Verwendung (vermeintlicher) statistischer Erfahrungswerte über den Zusammenhang zwischen der Mitgliedschaft in einer Gruppe und dem Auftreten einer bestimmten Eigenschaft.¹⁰ Im Rahmen des Versicherungsschutzes durch private Unternehmen bedeutet dies, dass Versicherungsnehmende bzw. –antragstellende aufgrund ihrer Behinderung einen Nachteil erfahren, weil aus Sicht des Versicherungsunternehmens ein statistischer Zusammenhang zwischen der Behinderung und dem Risikoeintritt besteht, bzw. die Behinderung den Grad des Eintritts des zu versichernden Risikos (z.B. eines Spitalaufenthaltes) signifikant erhöht.¹¹ Bei der statistischen Diskriminierung handelt es sich um eine Form der unmittelbaren Diskriminierung, da sie direkt an das verpönte Merkmal der Behinderung anknüpft, auch wenn zur Begründung des Nachteils auf den erhöhten Eintrittsgrad des Risikos verwiesen wird. In Fällen, wo die einer Behinderung zugrundeliegende (chronische) Krankheit als Grund für die Ungleichbehandlung bezeichnet wird, ist eine statistische Benachteiligung aufgrund chronischer Krankheit anzunehmen.

Anwendung auf Formen der Ungleichbehandlung in der Praxis

Aufgrund dieser Umschreibung der statistischen Diskriminierung können die eingangs geschilderten Formen der Ungleichbehandlung in der Praxis bzw. die Fallkonstellationen 1 – 3 einer rechtlichen Benachteiligungsform zugeordnet werden. Hierbei ist zu beachten, dass es sich um eine summarische Zuordnung handelt; um definitive Aussagen machen zu können, müsste eine vertiefte Prüfung erfolgen.

Fallkonstellationen 1a und 1b:	statistische Diskriminierung, die sich im Falle der Begründung aufgrund der Kosten für ein Cochlea-Implantat in noch expliziterer Weise manifestiert
Fallkonstellation 2a:	mittelbare Diskriminierung, weil die Benachteiligung auf erwiesenen Risikoeintritten beruht, Menschen mit ähnlicher Behinderung jedoch durch diese Praxis im Ergebnis besonders intensiv betroffen sind
Fallkonstellation 2b:	statistische Diskriminierung aufgrund von Behinderung bzw. chronischer Krankheit
Fallkonstellation 3:	mittelbare Diskriminierung aufgrund von Barrieren

¹⁰ Siehe zu dieser Definition GABRIELE BRITZ, Einzelfallgerechtigkeit versus Generalisierung: Verfassungsrechtliche Grenzen statistischer Diskriminierung, Tübingen 2008, S. 17; vgl. weiter zu den vier Merkmalen einer statistischen Diskriminierung S. 9.

¹¹ Siehe dazu PÄRLI/NAGUIB, S. 87 f.



Beseitigungspflicht

Gemäss Art. 9 BRK Abs. 1 sind zur Sicherstellung des Zugangs von Menschen mit Behinderungen zu Dienstleistungen von den Vertragsstaaten die nötigen Massnahmen zu ergreifen, damit Barrieren festgestellt und beseitigt werden. Von Bedeutung ist in diesem Kontext auch der Entscheid *Nyusti und Takacs vs. Ungarn*¹², welcher sich auf die Barrierefreiheit von Bankdienstleistungen und somit ebenfalls einem Teilbereich von Finanzdienstleistungen bezog.

Die Schutzpflicht des Staates nach Massgabe von Art. 8 Abs. 2 BV schliesst ebenfalls eine Beseitigung von Benachteiligungen im Rahmen der Verhältnismässigkeit ein. Auf Gesetzesebene allerdings sieht Art. 8 Abs. 3 BehiG im Rahmen von Dienstleistungen Privater keine Beseitigungs-, sondern nur eine Entschädigungspflicht vor. Dies zudem auch nur bei besonders krasen Benachteiligungen (Art. 2 lit. d BehiG). Die diesbezügliche Rechtslage in der Schweiz ist mit den Anforderungen nach Art. 9 Abs. 2 lit. b UNO-BRK keineswegs vereinbar.¹³ Selbst für den Fall, dass die Justiziabilität von Art. 9 UNO-BRK verneint werden sollte, ist die Schweiz verpflichtet, dafür zu sorgen, dass auch jene öffentlich zugänglichen Dienstleistungen den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen angepasst werden, die von Privaten angeboten werden.¹⁴ Somit muss im Falle von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen beim Zugang zu privaten Versicherungsdienstleistungen eine Beseitigungspflicht im Rahmen der Verhältnismässigkeit angenommen werden.

Verhältnismässigkeit

In ihrer Studie zum Schutz vor Benachteiligung aufgrund chronischer Krankheit folgen Pärli und Naguib in Bezug auf die Verhältnismässigkeitsprüfung bei statistischen Benachteiligungen aufgrund chronischer Krankheit der Ansicht von Britz, wonach das Verbot statistischer Diskriminierung auch im Privatrecht relativ streng zu handhaben und daher eine ordentliche Verhältnismässigkeitsprüfung vorzunehmen sei.¹⁵ Dies erscheint auch im Hinblick auf statistische Benachteiligungen aufgrund von Behinderung als angemessen. Mit Blick auf eine weitergehende Klärung normativer Massstäbe für die Verhältnismässigkeitsprüfung orientieren sich Pärli/Naguib an den vom deutschen Bundesverfassungsgericht entwickelten Grundsätzen für staatliche Benachteiligungen. Im Schweizer Recht könnte die entsprechende Praxis des Bundesgerichts herangezogen werden. Als weitere Kriterien im Rahmen der Verhältnismässigkeitsprüfung dienen mit Bezug auf Britz Persönlichkeitseffekte sowie die Vorenthaltung eines Guts im weitesten Sinne.

¹² Zur Praxis des UNO-BRK-Ausschusses im Zusammenhang mit öffentlich-zugänglichen Dienstleistungen Privater, siehe *BRA Nyusti and Takács v. Hungary*, CRPD/C/9/D/1/2010 (2013) abrufbar unter: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/Jurisprudence.aspx> (letzter Aufruf 02.05.2016).

¹³ In einer 2016 durch den Bundesrat veröffentlichten Studie wird die entsprechende Regelung kritisiert und darauf hingewiesen, dass Inklusion so keineswegs zu erreichen ist, siehe GROHSMANN, Zugang zur Justiz und Behinderung, S. 73f.

¹⁴ SCHEFER/HESS-KLEIN, S. 304.

¹⁵ PÄRLI/NAGUIB, S. 102, mit Bezug auf BRITZ, S. 154 ff.



Auf dieser Grundlage etablieren Pärli/Naguib¹⁶ (mit Bezug auf § 20 Abs. 2 Satz 2 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes) als Elemente der Verhältnismässigkeitsprüfung das Vorliegen eines legitimes Zwecks einer statistischen Benachteiligung, der i.d.R. in einer risikoangemessenen Prämienkalkulation besteht. Das Erfordernis der Geeignetheit beinhaltet im vorliegenden Zusammenhang insbesondere eine Prognosesicherheit und Prognoseeignung. Die Erforderlichkeit ist u.a. dann sicher nicht gegeben, wenn eine Verweigerung eines Vertragsabschlusses durch unterschiedliche Bedingungen und Prämienunterschiede durch eine nachträgliche Prämienkorrektur ersetzt werden könnten. Die Berücksichtigung der individuellen Daten zur Krankheit der Person ist zwingend.

Im Rahmen der Angemessenheitsprüfung gilt es, die Kosten einer ausbleibenden Benachteiligung gegen deren negative Effekte abzuwägen. Die Wichtigkeit der entsprechenden Versicherung ist dabei zentral. In Bezug auf negative Effekte können Benachteiligungen aufgrund statistischer Fehlannehmen sowie Benachteiligungen ohne spezifische statistische Effekte unterschieden werden. Während bei ersterer eine Ungleichbehandlung eintritt, treten bei beiden Typen als Aspekte des Eingriffs in die Personalität eine Verschärfung bzw. Perpetuierung der Stigmatisierung (Unfähigkeit, Arbeit zu leisten, gesund zu bleiben, etc.); aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Individualisierung ist zudem auch deren Würde betroffen. Weiter können schwerwiegende Folgen in der Lebensführung bzw. massive Einschränkungen in elementaren oder gar existenziellen Lebensbereichen entstehen. Schliesslich wird durch statistische Benachteiligungen der dem „Anspruch“ auf Vermeidung struktureller Diskriminierungen nicht Genüge getan¹⁷.

In Anbetracht der Komplexität einer angemessenen Verhältnismässigkeitsprüfung wird vorliegend kein Versuch unternommen, eine solche für die eingangs beschriebenen Fallkonstellationen vorzunehmen. In genereller Weise lässt sich festhalten, dass aufgrund der beschriebenen schwerwiegenden negativen Auswirkungen statistischer Diskriminierungen auf die betroffenen Menschen mit Behinderungen nur ein **sehr strenger Verhältnismässigkeitsmassstab** angebracht erscheint. Bei der Fallkonstellation 1 ist die Verweigerung eines Vertragsabschlusses insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Erforderlichkeit als unverhältnismässig zu bewerten. Überhaupt ist die Erforderlichkeit von Benachteiligungen u.E. im Rahmen statistischer Benachteiligungen ganz besonders vertieft zu prüfen.

Im Rahmen der **Krankenzusatz- sowie der Lebensversicherungen** ist u.E. ein **nochmals strengerer Massstab** erforderlich, da es sich um den Zugang zu absolut zentralen und mitunter existenzielle Güter handelt. Eine solche Wertung scheint auch im Einklang mit den Anforderungen von Art. 25 UNO-BRK zu stehen. So kommentiert Felix Welti § 20 Abs. 2 Satz 3 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes, wonach eine Ungleichbehandlung u.a. aufgrund einer Behinderung zulässig sein soll, wenn diese auf anerkannten Prinzipien risikoadäquater Kalkulation beruht, insbesondere auf einer versicherungsmathematisch ermittelten Risikobewertung unter Heranziehung statistischer Erhebungen, mit der Einschätzung, dass bezweifelt werden könne, ob diese Regelung mit dem Diskriminierungsverbot der BRK zu vereinbaren sei, zumal sie den Zugang von Menschen mit Behinderungen jeweils nicht sicherstellen kann, wenn die Behinderung

¹⁶ PÄRLI/NAGUIB, S. 102ff.

¹⁷ PÄRLI/NAGUIB, S. 97ff.



für ein erhöhtes Risiko ursächlich ist. An anderer Stelle hält Welti fest, dass die Behindertenrechtskonvention Position beziehe gegen Strukturen und Praktiken, die den Zugang von Menschen mit Behinderungen faktisch einschränken, wozu auch die Risikoselektion in der Privatversicherung gehöre. Auch Pärli/Naguib halten fest, dass eine Verweigerung des Abschlusses einer Kranken- und Lebensversicherung weitestgehend ausgeschlossen werden muss¹⁸. Ganz grundsätzlich ist mit Pärli/Naguib zu fragen, ob die Risikodifferenzierung nach chronischen Krankheiten bzw. Behinderungen aus völker- und verfassungsrechtlicher Perspektive angemessen ist¹⁹.

Mit Blick auf die Fallkonstellation 2a (Haftungsausschluss bei der Hausratsversicherung bzw. mittelbare Diskriminierung) könnte u.E. grundsätzlich ein etwas weniger strenger Massstab angelegt werden, zumal es sich hier nicht um existenzielle Güter handelt. Es darf dabei jedoch nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Kostenübernahme für regelmässige und teure Schäden ebenfalls zu existenziellen Nöten führen kann.

Was die Fallkonstellation 3 betrifft, so erscheinen Anpassungsmassnahmen zur Gewährleistung der Barrierefreiheit im Einzelfall klar verhältnismässig.

3. Anregungen für gesetzliche Anpassungen

Wie oben erwähnt zeigt Art. 6 BehiG mit Blick auf die Verhinderung von Benachteiligungen aufgrund von Behinderungen durch private Dienstleister im Allgemeinen und durch private Versicherungsunternehmen im Besonderen keine Wirkung. Es erscheint deshalb notwendig, die Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen in den einzelnen relevanten Lebensbereichen mittels entsprechender Bestimmungen in der jeweiligen Spezialgesetzgebung zu gewährleisten. Die rechtsvergleichende Perspektive zeigt, dass eine entsprechende Regelung im Rahmen des Versicherungsvertragsgesetzes nicht untypisch ist (vgl. z.B. § 1d des österreichischen Versicherungsvertragsgesetzes).

Eine Möglichkeit hierfür liegt u.E. in einer **Generalklausel im VVG** (z.B. als Art. 2c) oder allenfalls auch einer **Ergänzung der Missbrauchstatbestände im VAG** dahingehend, dass Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Begründung, Ausgestaltung und Beendigung von Vertragsverhältnissen nicht benachteiligt werden dürfen und Barrieren beseitigt werden müssen. Sollte eine solche Klausel generell in Bezug auf Versicherungsverträge als zu weitgehend erachtet werden, so ist im Lichte der vorangehenden Ausführungen eventualiter zumindest eine entsprechende Bestimmung bei den Artikeln betreffend die Unfall- und Krankenversicherung (4. Abschnitt neu) sowie betreffend die Lebensversicherung (3. Abschnitt neu) einzufügen.

Klar festzuhalten ist insbesondere, **dass jegliche Risikodifferenzierungen auf der Basis aktueller versicherungsmathematischer und statistisch signifikanter Risikobewertungen zu erfolgen haben**. Die Versicherer sind ausserdem zu verpflichten, die **statistischen Grundlagen ihrer Risikoeinschätzung offenzulegen**, um eine Nachkontrolle zu ermöglichen und somit insbesondere den legitimen Zweck und die Geeignetheit einer Benachteiligung sicherzustellen.

¹⁸ PÄRLI/NAGUIB, S. 122.

¹⁹ PÄRLI/NAGUIB, S. 121.



Im Lichte einer von Pärli/Naguib aufgeworfenen Frage²⁰ plädiert Inclusion Handicap ausserdem für eine Diskussion der Frage, ob die Risikodifferenzierung im Rahmen bestimmter Versicherungsleistungen nur noch bei Krankheiten zugelassen werden sollte, die weder Behinderungen noch chronische Krankheiten darstellen.

Bei der Ausarbeitung eines angemessenen Diskriminierungsschutzes für Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten im Rahmen privater Versicherungsdienstleistungen können, wie von Pärli vorgeschlagen, die im Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG; SR 810.12) verankerten Bestimmungen herangezogen werden.

Gestützt auf den dargestellten Überlegungen ersucht Inclusion Handicap darum, bei der Entwicklung entsprechender Bestimmungen gemeinsam mit dem EGBG miteinbezogen zu werden.

Wir danken Ihnen im Voraus für die Prüfung sowie Berücksichtigung unserer Anregungen und stehen Ihnen für weitere Fragen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Julien Neruda
Geschäftsführer

Caroline Hess-Klein, Dr. iur.
Leiterin Abteilung Gleichstellung

²⁰ PÄRLI/NAGUIB, S. 104.

Poststrasse 25, 3071 Ostermundigen
Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern

3071 Ostermundigen, 25. Oktober 2016

Vernehmlassung zur Revision des Versicherungsvertragsgesetzes

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Da eine Bestimmung der oben erwähnten Revision auch das Konkursverfahren betrifft, möchten wir uns aufgrund der von unseren Mitgliedern eingereichten Bemerkungen dazu wie folgt äussern:

Zu Art. 46a EVVG

Zu begrüssen ist, dass der bisherige, offenbar wenig überlegt erlassene Art. 55 VVG geändert werden soll. Wie bereits der erläuternde Bericht festhält, sind Versicherungsprämien im Zeitpunkt des Konkurses in der Regel bezahlt, so dass es völlig unverständlich ist, dass die Versicherungsdeckung mit der Konkurseröffnung enden soll. Das führt dazu, dass zwischen Konkurseröffnung und Abklärung der Situation durch die Konkursverwaltung sowie allfälligen Abschluss einer neuen Versicherung ein versicherungsloser Zustand eintritt, während welchem ein (unversicherter) Schaden eintreten könnte.

Absatz 1 des neuen Gesetzesartikels bestimmt nun allerdings, dass der Vertrag nicht nur bestehen bleiben, sondern dass die Konkursverwaltung zu dessen Erfüllung verpflichtet sein soll. Das erscheint uns nicht sachgerecht. Die neue Bestimmung würde dazu führen, dass im Normalfall Masseschulden im Umfang der unkündbaren Restlaufzeit des Versicherungsvertrages von bis zu drei Jahren (Art. 35a Abs. 1 EVVG) auch bei einer unnötigen Versicherung entstünden.

Wir sind der Meinung, dass auf Art. 46a Abs. 1 EVVG ersatzlos verzichtet werden sollte. Soweit die Prämie bezahlt ist, besteht die Deckung somit fort. Bleibt die Prämienrechnung hingegen offen und wurde der Schuldner vor Konkurseröffnung noch nicht gemahnt, so hat das Versicherungsunternehmen gegenüber der Konkursmasse nach Art. 20 VVG vorzugehen. Beahlt die Konkursverwaltung dann nicht, so ist davon auszugehen, dass sie nicht in den Vertrag eintritt, womit das Versicherungsunternehmen eine allfällige Restforderung bis zum erstmöglichen Kündigungstermin nur als Konkursforderung geltend machen kann.

Für die Kenntnisnahme unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüßen

Konferenz der Betreibungs- und
Konkursbeamten der Schweiz

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Kuhn', with a long horizontal stroke extending to the right.

Gerhard Kuhn, Sekretär

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Schober', with a stylized, flowing script.

Roger Schober, Präsident



P.P. A-Priority LI-9491 Ruggell

Eidg. Finanzverwaltung
Rechtsdienst
Bernhof
CH-3003 Bern

Ruggell, 27.10.2016 / zafa

Stellungnahme zum Vernehmlassungsverfahren zur Revision des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (E-VVG)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir sind ein liechtensteinisches Lebensversicherungsunternehmen mit alleinigem Sitz in Ruggell/Liechtenstein, welches seine Produkte u.a. auch auf dem Schweizer Versicherungsmarkt im Wege des Dienstleistungsverkehrs anbietet.

Gerne möchten wir, die LLA, zum Entwurf der Revision des Schweizer Versicherungsvertragsgesetzes Stellung nehmen. Vorab danken wir Ihnen bestens für die gebotene Gelegenheit zur Meinungsäusserung.

I. Versicherungsvertragsgesetz: Für ein liberales und zeitgemässes VVG

Die LLA zeigt sich befriedigt darüber, dass möglichst wenig invasive Änderungen im Hinblick auf den Schutzbereich von zwingenden und halbzwingenden Bestimmungen vorgenommen wurden. Zwingende Rechtsvorschriften sollen nur dann zum Zuge gelangen, wenn dies zur Korrektur von Schutzdefiziten notwendig ist, wobei ein allzu starker Eingriff in die liberale Wirtschaftsordnung und gleichzeitig ein unnötiger Eingriff in die Vertragsfreiheit vermieden werden soll.

Unbestritten ist jedoch die Komplexität von Versicherungsprodukten, weshalb zentrale Konsumenten-anliegen im Hinblick auf die Informationspflichten der Versicherer und Stärkung der Rechtsstellung des Versicherungsnehmers und der weiteren aus dem Versicherungsvertrag berechtigten Personen gerechtfertigt sind.

Die LLA begrüsst insbesondere, dass mit dem vorliegenden Entwurf im Rahmen der Digitalisierung dem elektronischen Geschäftsverkehr Rechnung getragen wurde und somit der E-Commerce im Versicherungsvertrieb gefördert wird. Insoweit sei angemerkt, dass diese Art der Veränderung im gleichen Masse von Seiten der Versicherer wie auch ihrer Kundschaft gewünscht wird.

II. Digitalisierung und Förderung neuer Technologien und Entwicklungen

Mit dem schnellen und technologischen Wandel stehen neue Vertriebsmethoden und Produkte im Angebot. Dem beidseitigen - aus Vertriebs- und Kundensicht - Bedürfnis nach schnellen Veränderungen im Markt und Flexibilität ist bei der Ausgestaltung des neuen VVG dringend zu beachten.



Moderne Versicherungsunternehmen schaffen mithilfe von Big Data, mobilen Devices und der Cloud mehr Transparenz, Vergleichbarkeit sowie vereinfachtere Prozesse und erleichtern den Kunden somit den Zugang zu Versicherungsleistungen. Diese Entwicklungen stellen sowohl für die Versicherungsbranche, als auch gerade für den Versicherungsnehmer Chancen zur Effizienzsteigerung und Kostensenkung dar. Die Digitalisierung beeinflusst darüber hinaus aber auch die gesamte Wertschöpfungskette von Versicherungsunternehmen, weshalb die Einbettung einer digitalen Strategie auch im Vertrieb von Versicherungsprodukten erforderlich ist.

Die Digitalisierung ist ein strategisches Kernthema im Versicherungsvertrieb. Um die damit verbundenen Herausforderungen zu meistern und die Chancen zu nutzen, braucht die Schweiz zeitgemässe regulatorische Rahmenbedingungen. Insbesondere ist auf regulatorischer Ebene zu gewährleisten, dass der Nachweis durch Text auf allen Kommunikationsebenen garantiert wird.

Hierfür ist es ausschlaggebend, dass nicht nur die elektronische Kommunikation zwischen Versicherer und Kunden, sondern auch die vom Versicherer bereitzustellenden Versicherungsinformationen in elektronischer Form erfolgen können. Die nun im revidierten VVG erlaubte Dokumentation in *einer anderen Form, die den Nachweis durch Text erlaubt*, gewährt die Übermittlung von Informationen per E-Mail, Internet oder anderen elektronischen Kanälen. Diese Entwicklung ist zu begrüßen.

III. **Änderungsanmerkungen zum Formerfordernis Schriftlichkeit**

Die LLA rügt jedoch, dass der vorliegende Entwurf nach wie vor in Art. 11 Abs. 1 VVG-E das Formerfordernis der Schriftlichkeit im Hinblick auf die Aus- und Zustellung der Versicherungspolice verlangt.

Zweifelloos wird durch das Beibehalten des Formerfordernisses der Schriftlichkeit in Bezug auf die Ausstellung bzw. Aushändigung der Police an den Versicherungsnehmer die Rechtsunsicherheiten auf ein Minimum reduziert. Auch wird mit dem Erfordernis der Schriftlichkeit die Identität des Versicherungsunternehmens, als auch die Authentizität der Police sichergestellt, zumal die rechtliche Natur der Police bezugnehmend auf Fälle wie Abtretung und Verpfändung ausschlaggebend ist. In diesem Zusammenhang muss aber auch eingewendet werden, dass die Zahl der Fälle der Abtretung bzw. Verpfändung von Versicherungspolice gering ist und nach wie vor eine Ausnahme darstellt. Insofern erscheint es fraglich, ob die anvisierten Regulierungsziele – nämlich die Aufrechterhaltung der Rechtssicherheit durch das maximale Formerfordernis – nicht auch mit weniger Aufwand für den Versicherer erreicht werden kann, z.B. indem dem Versicherungsnehmer das Recht gegen eine Gebühr eingeräumt wird, von dem Versicherer für eine Abtretung eine Ausstellung der Police in physischer Form zu verlangen.

Klar ist nämlich, dass das Formerfordernis der Schriftlichkeit mit hohen Kosten verbunden ist, welches unweigerlich dazu führen wird, dass die Tragung dieser Mehrkosten zugunsten von Einzelfällen zu Lasten des Gesamtpools an Versicherungsnehmer führen wird. Das erhöhte Formerfordernis vermag die dadurch entstehenden Kosten daher nicht verursachergemäss zu verteilen. Ungeachtet dessen, dass dieses Vorgehen der Corporate Social Responsibility zahlreicher Versicherungsunternehmen und den darin stipulierten nachhaltigen Grundsätzen entgegensteht, ist dieses ökonomisch nicht sinnvoll (im Sinne einer optimalen Ressourcenallokation) und daher ineffizient.

In Anlehnung an die Regulierungsbestrebungen im Bereich von Banken und Fintechs, welche in der Schweiz seit März 2016 Geschäftsbeziehungen über elektronische Kanäle (Online- und Video- Identifizierung von Geschäftskunden) ermöglichen, erscheint die hohe Hürde in der Lebensversicherungsassekuranz – Insurtechs im Lebensversicherungsbereich eingeschlossen - nicht sachgemäss und dis-



kriminierend. Für Versicherungsunternehmen ist der Faktor Innovation ein wichtiger Faktor, um im internationalen Wettbewerb attraktiv zu bleiben. Die Schweizer Lebensversicherungsassekuranz ist deshalb darauf angewiesen, dass der Gesetzgeber im Rahmen seiner Regulierungsvorhaben von einer Technologieneutralität ausgeht und sich grundsätzlich neutral und diskriminierungsfrei gegenüber bestimmten Geschäftsmodellen oder Technologien verhält.

Weiter ist eine Beibehaltung des schriftlichen Formerfordernisses im Hinblick auf die ordentliche Kündigung nach Art. 89 VVG-E aus Rechtssicherheitsgründen zwar sinnvoll, entspricht jedoch nicht den von uns festgestellten Kundenwünschen. Im Zuge der digitalen Kommunikationsmöglichkeiten lässt sich eine Kündigung grundsätzlich ebenfalls in Textform vollziehen, ohne dass dadurch eine erhöhte Missbrauchsgefahr in Kauf genommen werden müsste, können doch zur Bestimmung der Person die Kriterien der Identität und Authentizität mittels vorliegender technologischer Entwicklungen bereits in anderer Form, als die Schriftlichkeit erfüllt werden.

IV. Änderungsanmerkung zum Vorhalt einer Meldestelle

Im Zuge der IDD Reform wurden die rechtlichen Vorschriften zur Vertriebsregulierung in Europa mit dem Ziel einer Stärkung des Verbraucherschutzes und Wettbewerbsharmonisierung angepasst. Der Grundsatz *same business, same risk, same regulation*, bedingt eine Harmonisierung internationaler Regulierung. Ohne Harmonisierung läuft die Schweiz Gefahr, Ungleichheiten im Wettbewerb und Anreize für regulatorische Arbitrage zu schaffen.

Ungeachtet der Tatsache, dass die Schweiz nicht Mitglied der europäischen Union ist, ist eine Mindestharmonisierung an die europäischen Entwicklungen wünschenswert. Bezugnehmend auf die Wettbewerbsharmonisierung ist Art. 44 Abs. 1 VVG zu beanstanden, welcher die Versicherungsunternehmen verpflichtet eine „inländische Meldestelle“ zu errichten. Im Zuge der Globalisierung und des damit einhergehenden, grenzüberschreitenden Dienstleistungsverkehrs sowie im Hinblick auf den E-Commerce, erscheint diese Bestimmung veraltet und nicht mehr zielführend.

Denn der Versicherungsnehmer bzw. Anspruchsberechtigte kann seine Rechte regelmässig beim Hauptsitz des Versicherungsunternehmens vorbringen, sei es mittels digitaler Kommunikationsmittel oder auf dem Postweg. Ein Nutzen der Vorschrift für diese Kunden kann nicht gesehen werden. Insoweit ist auch unklar, was die Funktion der inländischen Meldestelle sein soll gerade im direkten Versicherungsvertrieb zwischen der Schweiz und Liechtenstein sowie im Zuge des digitalen Versicherungsvertriebs.

V. Kosten und Regulierungsfolgeabschätzung

Die Versicherungsunternehmen stehen heute einer Abgabepflicht von zahlreichen Informationsmaterialien an die Versicherungsnehmer gegenüber. Durch diese Regulierungsbestrebungen konnte die Kundeninformation drastisch verbessert und somit das asymmetrische Informationsgefälle (Moral Hazard) auf ein Minimum gehalten werden.

Aus Sicht der Versicherungsunternehmen verursacht die zusätzliche Abgabe von Informationsmaterialien zusätzliche Kosten. Vor allem die Anpassung von Vertrags-, Informations- und Verkaufsunterlagen wird zu hohen Umstellungskosten führen, welche sich schliesslich im Endprodukt bemerkbar machen werden.



Die LLA moniert deswegen, dass das revidierte VVG dem Grundsatz der Proportionalität Rechnung zu tragen hat. Das Prinzip der *maximalen Sicherheit* zugunsten des Konsumenten kann das Versicherungsgeschäft gefährden, wenn die maximale Sicherheit in Form höherer Prämien an die Kunden weitergegeben werden müssen.

Die Einführung eines Widerrufsrechts ist begrüßenswert und für Kunden, welche irrtümlicherweise einen Versicherungsantrag unterzeichnet haben und diesen so rasch wie möglich wieder kündigen möchten, sinnvoll. In Anbetracht der Bestrebungen anderer europäischer Rechtsentwicklungen, ist die 14-tägige Widerrufsfrist angemessen. Aus Sicht des Versicherungsunternehmens verhält sich dies jedoch kostentreibend, da eine Vertragskündigung stets mit zusätzlichen Transaktionskosten verbunden ist. Die Gefahr besteht insbesondere darin, dass durch die Ausweitung der Verbraucherrechte die Rechtsunsicherheit erhöht wird und dies schliesslich zu erhöhten Prämien führt.

Mithilfe der vorgeschlagenen Vertragsbeendigung sowie der verlängerten Nachhaftung werden Versicherungsunternehmen aufgrund der zu erwartenden Wettbewerbsintensität zu einer höheren Effizienzsteigerung und Produktinnovation gedrängt. Damit hat sich aus Sicht der Versicherungsnehmer das Loslösen vom Versicherungsvertrag vereinfacht. Erschwerend ist jedoch, dass die Vertragsbeendigung stets auch mit Transaktionskosten verbunden ist. Versicherungsunternehmen werden gezwungen sein, diese Transaktionskosten auf die Kunden zu überwälzen.

Auffällig ist insbesondere die hohe Kostenbelastung kleiner Versicherer, welche von einem nahtlos digitalisierten Versicherungsvertrieb profitieren würden. Aufgrund der Skaleneffekte werden kleine Versicherungsunternehmen aufgrund der Transaktionskosten deutlich mehr belastet werden, als grosse, was gleichzeitig auf die fehlende Proportionalität der Regulierung zurückzuführen ist. Deshalb weist die LLA darauf hin, dass bezugnehmend auf die Umstellungskosten darauf zu achten ist, dass für die Versicherungsunternehmen genügend Vorlaufzeiten gewährt wird. Fördernd und kostenreduzierend wäre zudem die Möglichkeit, dass der Nachweis durch Text auf sämtliche abgabepflichtigen Informationsmaterialien inkl. Aus- und Zustellung der Versicherungspolice angewendet wird.

Der wirtschaftliche Nutzen der Versicherungsunternehmen darf nicht durch invasive Regulierungsmassnahmen, wie beispielsweise die Einführung von zusätzlichen Informationspflichten sowie einer Ausweitung des Widerrufsrechts zunichtegemacht werden. Aufgrund dessen und der erhöhten Implementierungskosten bedarf es einer Interessensabwägung auf Basis von ökonomischen und rechtlichen Zielsetzungen, wobei eine Integration von Kosten und Nutzen Analysen und Kompensationsmechanismen in den regulatorischen Abwägungsprozess unabdingbar sind. Wünschenswert wäre es, wenn Kosten und Nutzen der Regulierungsfolgen für die markt betroffenen Teilnehmer sowohl ex ante, als auch ex post erhoben werden, damit die Versicherer genug Vorlaufzeit für die Umstellung haben und unerwünschte Nebeneffekte wie z.B. Umwälzung der Transaktionskosten geringgehalten werden können.

Abschliessend bedanken wir uns nochmals für die Möglichkeit zur Stellungnahme und die Berücksichtigung unserer Anliegen. Gerne stehen wir Ihnen für weitere Informationen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
Liechtenstein Life Assurance AG

Holger Roth
CSO

Harald Hahn
Head Legal & Compliance

Herr Bundesrat Ueli Maurer
Zustelladresse:
Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernhof
3003 Bern

Vorab per e-mail an: regulierung@gs-efd.admin.ch

26. Oktober 2016

**Revision des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG):
Vernehmlassung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 6. Juli 2016 an die adressierten Kreise und nehmen nachfolgend gerne die Gelegenheit wahr, Ihnen unsere Stellungnahme zur Vernehmlassungsvorlage für die Revision des Versicherungsvertragsgesetzes zu unterbreiten.

Lloyd's möchte zu drei Bereichen des Gesetzesentwurfs für ein revidiertes Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Stellung nehmen:

Artikel 9 – Vorläufige Deckungszusage

Nach dem Verständnis von Lloyd's soll die Bestimmung von Artikel 9 der Vernehmlassungsvorlage dazu dienen, die bestehende Marktpraxis zu formalisieren, wonach ein Versicherer fallweise durch Versicherungsnehmer oder potentielle Versicherungskunden aufgefordert wird, vorläufigen Versicherungsschutz für eine bestimmte Zeit zu gewähren, bis die Einzelheiten der offerierten Versicherungsdeckung von beiden Parteien vereinbart sind.

Seit dem Jahr 2004 agiert der Londoner Versicherungsmarkt nach dem Prinzip der Vertragssicherheit ("contract certainty"). Vertragssicherheit wird erreicht durch die vollständige und endgültige Vereinbarung aller Vertragsbedingungen zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer im Zeitpunkt des Vertragsschlusses und einer unverzüglich daran anschliessenden Vertragsdokumentation. In der Praxis bedeutet dies folgendes:

- Der Versicherer und der gegebenenfalls vom Versicherungsnehmer beigezogene Vermittler müssen sicherstellen, dass der Vertragsinhalt im Zeitpunkt der Offertstellung bzw. der Antragsannahme klar und eindeutig ist. Der gesamte Vertragsinhalt einschliesslich jeglicher Vertragspflichten, Obliegenheiten und Bedingungen muss klar zum Ausdruck gebracht werden.

Lloyd's Seefeldstrasse 7 8008 Zürich Schweiz Telefon +41 (0)44 266 60 70 Telefax +41 (0)44 266 60 79 www.lloyds.com

Der Generalbevollmächtigte für die Schweiz Le Mandataire général pour la Suisse The General Representative for Switzerland

Zweigniederlassung und Geschäftsstelle für das gesamte schweizerische Geschäft Succursale et siège pour l'ensemble des affaires suisses
Branch and seat of administration for the entire Swiss business

- Die Vertragsdokumentation muss dem Versicherungsnehmer unverzüglich nach Vertragsschluss zur Verfügung gestellt werden.
- Jegliche Vertragsanpassungen während der Versicherungsdauer müssen in einer Weise erfolgen, welche die Vertragssicherheit gewährleistet.

Das Prinzip der Vertragssicherheit gilt für alle Nichtleben Versicherungsverträge, die von einem im Vereinigten Königreich registrierten Versicherungsunternehmen eingegangen werden, unabhängig davon, wo das versicherte Risiko belegen oder der Versicherungsnehmer ansässig ist. Weitere Informationen zur Vertragssicherheit, insbesondere der einschlägige Verhaltenskodex ("Contract Certainty Code of Practice") sind auf der Website der London Market Group unter folgendem Link abrufbar:
<https://www.londonmarketgroup.co.uk/contract-certainty>

Die Vorteile einer Geschäftsausübung nach dem Prinzip der Vertragssicherheit sind vielfältig. Sie stellt sicher, dass sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer im Zeitpunkt des Vertragsschlusses Klarheit haben über ihre vertraglichen Rechte und Pflichten. Dadurch wird die Gefahr späterer Streitigkeiten in Schadenfällen, Beschwerden und Gerichtsverfahren reduziert. Ebenso werden beim Versicherer wie beim Versicherungsnehmer Zeit und Kosten im Zusammenhang mit diesen Fragen gesenkt, der gute Ruf des Versicherers bewahrt und eine effizientere Dienstleistung für den Versicherten ermöglicht.

Lloyd's ist der Ansicht, dass das Konzept einer vorläufigen Deckungszusage im Widerspruch steht zum Prinzip der Vertragssicherheit. Daher ist es den Lloyd's Versicherern untersagt, auf dieser Basis Deckung zu gewähren.

Artikel 28 und 28a – Gefahrserhöhung und Gefahrminderung

Antrag: Die Artikel 28 und 28a der Vernehmlassungsvorlage seien dahingehend zu ergänzen, dass bei einer wesentlichen Gefahrserhöhung oder Gefahrminderung nicht bloss eine Anpassung der Prämie, sondern zusätzlich oder stattdessen auch eine Anpassung der Vertragsbestimmungen statthaft ist.

Artikel 28 der Vernehmlassungsvorlage berechtigt den Versicherer, bei einer Gefahrserhöhung während der Versicherungsdauer die Prämie zu erhöhen oder den Versicherungsvertrag zu kündigen. Ebenso berechtigt Artikel 28a den Versicherungsnehmer, im Falle einer Gefahrminderung während der Versicherungsdauer eine Prämienreduktion zu verlangen oder den Versicherungsvertrag zu kündigen.

Lloyd's ist der Ansicht, dass den Versicherern unter diesen Umständen andere versicherungstechnische Möglichkeiten offen stehen sollten, als die blosser Kündigung oder Prämienanpassung. Namentlich sollten sie in der Lage sein, dem Versicherungsnehmer die Erhöhung des Selbstbehalts, die Anwendung eines Deckungsausschlusses auf eine bestimmte Gefahr oder Schadenskategorie oder die Einführung zusätzlicher Bedingungen für gewisse Deckungsaspekte zu offerieren. Diese Flexibilität würde es den Parteien erlauben, eine für beide Seiten akzeptable Anpassung der Vertragsbedingungen zu verhandeln, welche der eingetretenen Gefahrsänderung angemessen ist. Selbstverständlich soll beiden Parteien

die Kündigung mit einer angemessenen Kündigungsfrist möglich sein, falls keine Einigung erzielt werden kann. Eine breitere Palette an versicherungstechnischen Möglichkeiten vermöchte auch zu vermeiden, dass einem Versicherungsnehmer keine andere Wahl bleibt, als den Versicherungsvertrag zu kündigen, wenn er sich die vom Versicherer verlangte Prämienhöhung nicht leisten kann und dadurch gezwungen ist, bei Vorliegen einer erhöhten Gefahr anderweitig Versicherungsschutz zu suchen. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass eine Veränderung der versicherten Gefahr auf Umständen begründet sein kann, die ausserhalb des Einflussbereichs des Versicherungsnehmers liegen.

Wir schlagen daher vor, den Wortlaut der Artikel 28 Abs. 2 sowie 28a Abs. 1 dahingehend anzupassen, dass den Versicherern ermöglicht wird, die Vertragsbedingungen neu zu verhandeln und/oder die Prämie anzupassen, wenn sich die versicherte Gefahr während der Vertragsdauer erhöht oder vermindert.

Artikel 60a – Direktes Forderungsrecht des Geschädigten und Auskunftsanspruch

Antrag: Artikel 60a der Vernehmlassungsvorlage sei zu streichen.

Artikel 60a der Vernehmlassungsvorlage sieht, mit Ausnahme der der reinen Vermögensschäden, ein direktes Forderungsrecht des Geschädigten gegen den Haftpflichtversicherer vor. Unseres Erachtens sollte die Einführung der erwähnten Bestimmung aus zwei Gründen überdacht werden.

Erstens wird das direkte Forderungsrecht des Geschädigten aller Wahrscheinlichkeit nach zu einer Zunahme der Zahl der Haftpflichtansprüche sowie auch deren Höhe führen und dadurch eine Erhöhung der Versicherungsprämien bewirken. Das in Artikel 60a Abs. 2 vorgesehene Auskunftsrecht wird die Anspruchshaltung des Geschädigten potenziell vergrössern, zumal in denjenigen Fällen, in welchen die Versicherungslimite bedeutend ist. Das wiederum wird sich nachteilig auch für die Versicherten auswirken und tendenziell ebenso zu Prämien erhöhungen führen. Zu beachten ist auch der Umstand, dass der Versicherer in Bezug auf die Abwehr gegen die Forderung des Geschädigten in hohem Mass auf die Mitwirkung und Unterstützung des Versicherungsnehmers angewiesen ist, da nur oder primär dieser über die relevanten Informationen und Unterlagen betreffend den Schadenhergang verfügt. Wenn ein Versicherter, der nun mit der Klage nicht direkt konfrontiert ist, sein ureigenes Interesse an der erfolgreichen Abwehr der - in manchen Fällen nach Grund und/oder Höhe unberechtigten - Forderung verliert, besteht die Gefahr, dass der Versicherer die Forderung nicht erfolgreich abwehren kann. Das wird wiederum entsprechende nachteilige Folgen für den Versicherten nach sich ziehen.

Zweitens schützt Artikel 60a der Vernehmlassungsvorlage nicht die Versicherten, sondern die geschädigten Dritten. Die Bestimmung gehört daher, unseres Erachtens, nicht in das Versicherungsvertragsgesetz.

Wir ersuchen Sie, im Rahmen der weiteren Behandlung der Vorlage unsere Anliegen und Anträge zu berücksichtigen. Bei Rückfragen und für ergänzende Ausführungen von Lloyd's stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Graham West
Generalbevollmächtigter für die Schweiz

Telefon: 044 266 6070
Fax: 044 266 6079
Email: graham.west@lloyds.com



ÖKK
Corporate Services
Bahnhofstrasse 13, Postfach 15, 7302 Landquart

T 058 456 10 10
F 058 456 10 20
D 058 456 11 96

nicole.kunz@oekk.ch
www.oekk.ch

GS / EFD		
+	27. Okt. 2016	+
Registratur		

A-Post
Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernhof
3003 Bern

Landquart, 26. Oktober 2016

Revision Versicherungsvertragsgesetz VVG; Stellungnahme ÖKK

Sehr geehrter Herr Bundesrat Maurer
Sehr geehrte Damen und Herren

Für die Möglichkeit der Stellungnahme zur laufenden Revision des Versicherungsvertragsgesetzes VVG danken wir Ihnen.

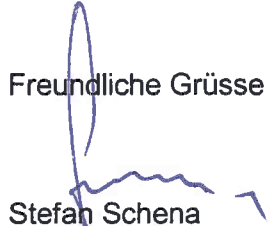
ÖKK ist ein schweizweit tätiges Versicherungsunternehmen. Über 180'000 Privatpersonen sowie 16'000 Unternehmen und öffentliche Institutionen vertrauen auf uns. Neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) bietet ÖKK diverse Zusatzversicherungen an. Dabei versichern wir die finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie den damit verbundenen Erwerbsausfall infolge entstandener Arbeitsunfähigkeit. Wir sind in Bereich dem Versicherungsvertragsgesetz VVG unterstellt und daher von der laufenden Revision stark betroffen.

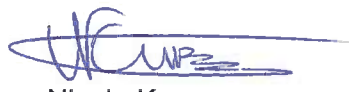
Eine Aktualisierung und Revision des VVG im Rahmen des Rückweisungsbeschlusses des Parlaments im März 2013 begrüssen wir. Allerdings geht der aktuelle Entwurf weit darüber hinaus. Er enthält ausserdem Bestimmungen, welche für uns nicht tragbar sind. Hervorzuheben sind die Bestimmungen zur Gefahrsänderung (Art. 27 ff. E-VVG), die zwingend noch zu konkretisieren sind. Ausserdem betrifft dies das in Art. 35 E-VVG vorgesehene Verbot zur Anpassung der Versicherungsbedingungen; v.a. noch in Verbindung mit dem Kündigungsverbot für Krankenversicherer (Art. 35 Abs. 4 E-VVG). Ferner führt auch die Nachhaftung gemäss Art. 35c E-VVG zu stossenden Fällen (z.B. Prämienzahlungsverzug) und potenziellen Prämien erhöhungen und der in Art. 35d E-VVG vorgesehene Umgang mit laufenden Versicherungsfällen geht gar auf eine Fehlinterpretation des im Bericht zitierten Urteils zurück.

Für die eigentliche Begründung sowie die weiteren Bemerkungen verweist ÖKK auf die beigelegte Vernehmlassung unseres Branchenverbands santésuisse. Wir haben daran mitgearbeitet und übernehmen diese Einwände und Bemerkungen vollständig.

Wir ersuchen Sie, die Vorlage zur Revision des Versicherungsvertragsgesetzes in den erwähnten Bereichen zu überarbeiten. Bei Fragen sind wir gerne für Sie da.

Freundliche Grüsse


Stefan Schena
Vorsitzender der Geschäftsleitung


Nicole Kunz
Leiterin Legal & Compliance

- Kopie Stellungnahme santésuisse



santésuisse

Revision Versicherungsvertragsgesetz VVG; Stellungnahme santésuisse

25. Oktober 2016

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur vorliegenden Revision des VVG Stellung nehmen zu können. santésuisse vertritt die Mehrheit der Schweizerischen Krankenversicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung (im Rahmen des KVG) sowie Zusatzversicherungen (im Rahmen des VVG) anbieten. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung.

1. **santésuisse unterstützt eine Revision des VVG im Rahmen des Rückweisungsbeschlusses des Parlaments, bzw. gemäss den nachfolgend aufgeführten Änderungsanträgen sowie Bemerkungen. Die gemäss dem Rückweisungsbeschluss revidierten Bestimmungen wie das Widerrufsrecht, das Kündigungsrecht und die Verjährungsfrist, tragen den berechtigten Anliegen der Versicherungsnehmer und –Versicherungsnehmerinnen Rechnung.**
2. **Sämtliche Änderungsvorschläge, die über den parlamentarischen Rückweisungsantrag hinausgehen, und die nicht ausdrücklich nachfolgend befürwortet werden, werden abgelehnt. So z.B. die zwingende Nachhaftung, ein Verbot für Änderungen der Allgemeinen Vertrags- bzw. Versicherungsbedingungen oder ein Kündigungsverbot in der Krankenzusatzversicherung. Sollten diese trotzdem gemäss Bundesratsbeschluss vom 6. Juli 2016 behandelt werden, ist eine Umsetzung aus Sicht der Krankenversicherer lediglich gemäss den nachfolgenden Änderungsanträgen und Bemerkungen denkbar.**

Änderungsanträge santésuisse	Bemerkungen santésuisse
Art. 2a <u>Widerrufsrecht</u>	<u>Generell für nachfolgende Bestimmungen zum Widerrufsrecht:</u> Wir weisen darauf hin, dass das Widerrufsrechts in Frage zu stellen ist mit Blick auf die EU. In allen anderen EU-Staaten ist ein Widerrufsrecht nur für die <i>Lebensversicherung</i> vorgesehen. Korrekterweise müssten deshalb die Bestimmungen

1 Der Versicherungsnehmer kann seinen Antrag zum Abschluss des Vertrags **oder die Erklärung zu dessen Annahme** schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht widerrufen.

2 Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Vertrag beantragt **oder angenommen** hat.

4 Ausgeschlossen ist das Widerrufsrecht bei kollektiven Personenversicherungen, vorläufigen Deckungszusagen, Vereinbarungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat so- wie gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungen.

über das Widerrufsrecht im 3. Abschnitt des Gesetzes unter „Lebensversicherung“ (Art. 73ff.) integriert werden.

Weiter verkomplizieren die neuen Bestimmungen das VVG-Krankenzusatzversicherungsgeschäft unnötig und es ist zu beachten, dass sich die Widerrufsfrist mit den Abklärungen nach Art. 6 VVG kreuzt!

Zu Abs. 1:

Der Teilsatz « oder die Erklärung zu dessen Annahme » ist verwirlich. En effet, lorsque l'assureur ne répond pas à la proposition du preneur dans le délai de 14 jours de l'art. 1, il fait juridiquement une nouvelle offre, que le preneur est libre d'accepter, le cas échéant par actes concluants. Doit-on déduire du libellé de l'art. 2a al. 1 qu'il dispose alors de deux délais de révocation, un qui commence à courir dès sa proposition et un second qui commence à courir lorsqu'il accepte la nouvelle offre de l'assureur ? En l'état, le texte proposé ne permet pas de répondre à cette question, pas plus que le commentaire de l'avant-projet. Une réponse positive aboutirait à des résultats particulièrement injustes, puisque le preneur disposerait d'un ou de deux délais successifs en fonction de la célérité de l'assureur dans le traitement de sa proposition.

Zu Abs. 2:

S. Bemerkungen zu Abs. 1

Zu Abs. 3:

Abs. 3 ist eine für die Versicherer nachteilige Bestimmung, weil so unnötige Kosten anfallen können, die die Versicherer zu tragen haben.

Zu Abs. 4: Wenn die Bestimmungen über das Widerrufsrecht in den 3. Abschnitt integriert werden, kann Abs. 4 gänzlich gestrichen werden (s. generelle Bemerkungen oben).

Art. 2b <u>Wirkung des Widerrufs</u> 1 Der Widerruf bewirkt, dass der Antrag zum Vertragsabschluss oder die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers von Anfang an unwirksam ist.	<u>Zu Abs. 1 :</u> Konsequenz aus Art. 2a oben.
Art. 3 <u>Informationspflicht des Versicherers</u> b. den Umfang des Versicherungsschutzes und darüber, ob es sich um eine Summen- oder Schadenversicherung handelt; i. eine Frist für das Einreichen der Schadenanzeige nach Artikel 38 Absatz 1bis;	<u>Generell :</u> Diese Änderung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages! <u>Zu lit. b.</u> Lit. b ist zu streichen, da dies in der Praxis zu grossen Schwierigkeiten bei den Krankenversicherern führen wird, weil diese zahlreiche «Mischprodukte» haben. Eine korrekte Information zuhanden des Versicherungsnehmers wird ungenau, schwierig und risikobehaftet ausfallen. <u>Zu i :</u> S. Bemerkung zu Art. 38 Abs. 1bis. Hier braucht es zwingend eine Ausnahme für das Krankenversicherungsgeschäft!
Art. 6 <u>Folgen der verletzten Anzeigepflicht</u> <i>Abs. 1 und 3</i> <i>Die Nachmeldepflicht ist textlich beizubehalten!</i>	<u>Generell:</u> Diese Änderung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages! <u>Zu Abs. 1 und 3:</u> Der Wegfall der Nachmeldefrist (vgl. Seite 22 des erläuternden Berichts) wirkt sich negativ auf die Krankenversicherer aus. Das kann dazu führen, dass damit vor eigentlichem Zustandekommen des Vertrages der Versicherungsfall bereits eintritt, ohne dass der Versicherungsnehmer dies melden muss, was zu erheblichen Mehrkosten führen kann. <u>Zu Abs. 3:</u> Im Gegensatz zur Regelung im geltenden Recht, wonach eine Teilkausalität genügt, um eine vollständige Leistungsbefreiung zu begründen, soll die Leistungsbefreiung neu nicht weiter gehen als die Kausalität zwischen der Anzeigepflicht-

	verletzung und der Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens. Diese Regelung ist für die Krankenversicherer nachteilig. Es fragt sich denn auch, wo die Sanktion für den Versicherungsnehmer bleibt (ausser der Kündigung seitens des Versicherungsunternehmens)? Leistungsseitig im Schadenfall hat der Versicherte keine Konsequenzen zu befürchten, eine solche Regelung fördert eine Anzeigepflichtverletzung und hat eine falsche Signalwirkung in dieser Thematik. Mit der vorgeschlagenen Einführung des Zusatzes «soweit» in Absatz 3 wird das Recht des Versicherungsunternehmens auf Leistungsablehnung ausgehöhlt. Es wäre dem beweisbelasteten Versicherer in der Praxis kaum möglich, einen der Teilkausalität entsprechenden Leistungskürzungsgrad korrekt zu ermitteln. Aufgrund der Beweisprobleme erhielte der Versicherungsnehmer, welche die Anzeigepflicht verletzt, die volle Leistung.
z.B. neu Art. 9bis Nichtigkeit des Versicherungsvertrages Der Versicherungsvertrag ist unter Vorbehalt der Fälle nach Artikel 100 Absatz 2 nichtig, wenn im Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung die Gefahr bereits weggefallen oder das befürchtete Ereignis schon eingetreten war.	Der bisherige Art. 9 VVG (Nichtigkeit des Versicherungsvertrages) wurde gestrichen. Die Bestimmung wurde teils in neu Art. 10 Abs. 2 VVG übernommen. Aus dem Wortlaut von Art. 10 Abs. 2 muss jedoch entnommen werden, wonach die Bestimmungen über die Nichtigkeit lediglich noch für Rückwärtsversicherungen gelten. Sollte dies tatsächlich neu die Bedeutung im Sinne einer Einschränkung sein, sprechen wir uns dagegen aus bzw. für die Beibehaltung von Art. 9 VVG in seiner bisherigen Form ohne Einschränkung!
Art. 10a Rückwärtsversicherung Ein Versicherungsvertrag ist nichtig, soweit er mit Bezug auf ein künftiges Ereignis abgeschlossen wird, von dem lediglich das Versicherungsunternehmen weiss oder wissen muss, dass dessen Eintritt unmöglich ist.	Diese Bestimmung ist unklar, unnütz und unnötig. Sie ist deshalb zu streichen. Falls trotzdem daran festgehalten wird, ist <u>unbedingt klar zu definieren, was mit „Rückwärtsversicherung“ gemeint ist</u>. Dabei muss der Begriff „Rückwärtsversicherung“ aus Sicht der Krankenversicherer zwingend die folgende beiden Fälle abdecken: 1. Am 29.09.2016 kann (rückwirkend) eine Deckung per 01.09.2016 abgeschlossen werden (analog also Art. 3 KVG, wonach eine versicherungspflichtige Person auch drei Monate Zeit hat sich anzumelden und dann per Datum Einreise [rückwirkend] versichert wird).

Ein Versicherungsvertrag ist nichtig, soweit er mit Bezug auf ein künftiges Ereignis abgeschlossen wird, von dem lediglich das Versicherungsunternehmen weiss oder wissen muss, dass dessen Eintritt unmöglich ist. <i>Dies betrifft sowohl das rückwirkende Festsetzen der Vertragsgültigkeit als auch das Erbringen künftiger Leistungen für bereits eingetretene Schadenfälle.</i>	2. Am 29.09.2016 wird eine (künftige) Deckung per 01.10.2016 abgeschlossen, welche aber (in der Zukunft!) auch einen bereits eingetretenen Leistungsfall abdeckt und versichert. Beispiel: Eine spezielle Zusatzversicherung mit Schwangerschafts- und Geburtsleistungen wird abgeschlossen in einem Zeitpunkt als die Versicherungsnehmerin bereits schwanger ist. Die Versicherungsnehmerin erhält dann ab gültigem Versicherungsvertrag für die Zukunft entsprechende Leistungen; dies obwohl die Schwangerschaft ja bereits vor Vertragsbeginn eingetreten ist. Vorschlag für klarstellende Ergänzung von Art. 10 Abs. 1 betreffend den Begriff der „Rückwärtsversicherung“: s. linke Spalte nebenan.
Art. 12b <u>Vorbehaltlose Annahme</u> 1 Stimmt der Inhalt der Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer binnen vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, widrigenfalls ihr Inhalt als von ihm genehmigt gilt. 2 Diese Bestimmung ist in ihrem Wortlaute in jede Police aufzunehmen.	An dieser Bestimmung ist unbedingt festzuhalten! Sie dient der Rechtssicherheit bei Massengeschäften betreffend die Krankenversicherer !
Art. 13 <u>Rechtliche Natur der Police; Abtretung und Verpfändung</u> <i>Verschieben in Art. 73 ff. (Lebensversicherung)</i>	<u>Generell :</u> Diese Änderung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages! Zudem betrifft die Verpfändung nur die Lebensversicherungen, weshalb diese Bestimmung nicht in den allgemeinen Teil des VVG gehört.

Art. 17 <u>Besonderheiten der Versicherung für fremde Rechnungen</u> 1 Die Versicherung für fremde Rechnung ist für den Versicherer auch dann verbindlich, wenn der versicherte Dritte den Vertrag erst nach Eintritt des befürchteten Ereignisses genehmigt. 2 Der Versicherungsnehmer ist befugt, ohne Zustimmung des Versicherten den Ersatzanspruch gegen den Versicherer geltend zu machen, wenn der Versicherte den Versicherungsnehmer vorbehaltlos zum Abschlusse des Vertrages beauftragt hat oder wenn dem Versicherungsnehmer eine gesetzliche Versicherungspflicht obgelegen hat. 3 Der Versicherer ist nicht berechtigt, Forderungen, die ihm gegen den Versicherungsnehmer zustehen, mit der dem Versicherten geschuldeten Entschädigung zu verrechnen. Die Bestimmung des Artikels 18 Absatz 2 dieses Gesetzes bleibt vorbehalten.	Die Streichung dieser Bestimmung war nicht Gegenstand des parlamentarischen Rückweisungsauftrages und muss auch nicht zwingend wegen neu Art. 16 Abs. 1 und 3 aufgehoben werden, wie in den Erläuterungen auf S. 28 geschrieben steht (dispositives Recht!), weshalb die Bestimmung weiterhin zu bestehen hat.
Art. 18a <u>Träger der Verpflichtung</u> 1 Zur Bezahlung der Prämie ist der Versicherungsnehmer verpflichtet. 2 Bei der Versicherung für fremde Rechnung ist der Versicherer berechtigt, die Bezahlung der Prämie auch vom Versicherten zu fordern, wenn der Versicherungsnehmer zahlungsunfähig geworden ist und die Prämie vom Versicherten noch nicht erhalten hat. 3 Bei der Versicherung zugunsten Dritter steht dem Versicherer das Recht zu, die Prämienforderung mit der dem Begünstigten geschuldeten Leistung zu verrechnen.	Generell : Die Streichung dieser Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages!

Art. 23f <u>Prämienreduktion</u> Ist die Prämie unter Berücksichtigung bestimmter gefahrerhöhender Umstände vereinbart worden, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände im Laufe der Versicherung wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, für die künftigen Versicherungsperioden die tarifgemässe Herabsetzung der Prämie verlangen.	Die Bestimmung ist beizubehalten! S. Bemerkungen zu Art. 27 unten!
Art. 24 lit. g <u>Teilbarkeit</u> 1 Bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung des Versicherungsvertrages ist die Prämie nur für die Zeit bis zur Vertragsauflösung geschuldet. Artikel 42 Absatz 3 bleibt vorbehalten.	Die Streichung des Verweises auf Art. 42 Abs. 3 widerspricht dem parlamentarischen Rückweisungsauftrag und ist deshalb aufzuheben!
Art. 27 <u>Änderung der Gefahr</u>	<u>Generell:</u> Die neuen Bestimmungen betreffend die Gefahrserhöhung und Gefahrsminde- rung sind insbesondere für das Kollektivversicherungsgeschäft wichtig und des- halb zu begrüßen. Die Bestimmung macht jedoch nur dann einen Sinn, wenn die Gefahrstatsache auch prämienrelevant ist, weshalb wir in Abs. 2 die nebenste- hende Ergänzung beantragen. Gemäss bisherigem Recht (Art. 23 VVG) ist eine Prämienreduktion nur bei ver- hältnismässig eng umschriebenen Voraussetzungen möglich, also bei Gefahrstat- sachen, nach denen der Antragsteller bei Vertragsabschluss befragt worden war und für die der Versicherte dann eine höhere Prämie zu bezahlen hatte (z.B. wenn in einer Erwerbsausfall-Versicherung die versicherte Gesellschaft zwar so bestehen bleibt, aber deren Zweck vollständig und damit prämienrelevant ändert; z.B. von einem Büro-Betrieb in einen risikoverbundenen Handwerker-Betrieb. Es wäre weiter z.B. auch nicht wünschbar, dass Versicherte nach blossen Fitnessan- strengungen mit dem Argument einer Gefahrsminde- rung Anspruch auf eine gene- relle Prämienreduktion erhielten, ohne dass eine solche produktespezifisch in den AVB bereits vorgesehen ist. Gleiches gilt, wenn jemand mit Rauchen aufhört, ab- nimmt etc.; selbst wenn er in der Gesundheitsdeklaration dazu befragt wird. Auf die Prämienfestsetzung haben sich diese Faktoren in der Krankenversicherung ja gerade nicht ausgewirkt.

1 Eine Änderung der Gefahr im Sinn der nachfolgenden Bestimmungen liegt vor, wenn nach dem für die Erfüllung der Anzeigepflicht gemäss Artikel 6 Absatz 1 massgeblichen Zeitpunkt eine erhebliche Gefahrstatsache gemäss Artikel 4 sich nicht bloss vorübergehend wesentlich verändert und dadurch ein neuer Gefahrszustand begründet wird oder wenn der Versicherungsnehmer im Laufe der Versicherung eine wesentliche Gefahrserhöhung herbeigeführt hat. 2 Die Gefahrstatsache muss dabei prämienrelevant sein.	<u>Zu Abs. 1:</u> Durch die Einschränkung auf „nicht bloss vorübergehend“ könnte diese Anzeigepflicht umgangen werden. Problematisch hierbei ist, dass die versicherte (Grund-)Gefahr (z.B. Absenkrisiko) vorübergehend extrem stark erhöht sein kann durch den vom Versicherungsnehmer herbeigeführten Eintritt einer anderen (Treiber-)Gefahr (z.B. Entlassungswelle), weshalb die Erweiterung der Formulierung, wie nebenstehend in Abs. 1 vorgeschlagen, notwendig ist. <u>Zu Abs. 2:</u> s. oben unter „Generell“.
Art. 28 <u>Gefahrserhöhung</u> 2 Das Versicherungsunternehmen ist berechtigt, innert vier Wochen nach dem Zugang der Anzeige entweder den Vertrag mit einer Frist von <u>vier</u> sechs Wochen schriftlich zu kündigen oder die Prämie auf den Zeitpunkt der Gefahrserhöhung anzupassen.	<u>Zu Abs. 1:</u> Sehr begrüssenswerte Konkretisierungen bezüglich der Anzeigepflicht bei Gefahrserhöhung. Sehr relevant für das Unfallversicherungsgeschäft im derzeitigen Umfeld, insbesondere Lohnausfall. Nur wird hier und in Art 27 nicht mehr erwähnt, dass es zu melden ist, wenn der VN eine vorübergehende Gefahrserhöhung selbst herbeigeführt hat (z.B. Entlassungswelle). <u>Zu Abs. 2 :</u> Die Frist ist von 6 auf 4 Wochen zu kürzen.
Art. 28a <u>Gefahrsminderung</u>	S. Bemerkungen oben zu Art. 27 „Generell“. Keine prämienrelevante Gefahrsminderung ist z.B. das Aufhören mit dem Rauchen, das Einlösen eines Fitnessabonnements etc.
Art. 35 Anpassung der Versicherungsbedingungen 1 Eine Vertragsbestimmung, wonach das Versicherungsunternehmen die Versicherungsbedingungen einseitig anpassen kann, ist nichtig, soweit es sich	<u>Generell:</u> Die Änderung dieser Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages! Zudem verunmöglicht sie auch Verbesserungen <u>zugunsten</u> des Versicherungsnehmers!

nicht um Versicherungen von beruflichen oder gewerblichen Risiken handelt. 2 Vorbehalten bleibt das vertraglich vereinbarte Recht des Versicherungsunternehmens, die Prämie anzupassen. 1 Eine Vertragsbestimmung, wonach das Versicherungsunternehmen die Versicherungsbedingungen einseitig anpassen kann, ist nichtig, soweit es sich nicht um Versicherungen von beruflichen oder gewerblichen Risiken handelt. "Vorbehalten bleiben das vertraglich vereinbarte Recht des Versicherers, die Prämie, sowie im Vertrag explizit vereinbarte variable Versicherungsbestandteile, anzupassen." <u>und/oder in Abs. 2</u> 2 Est réservé le droit contractuel de l'entreprise d'assurance de modifier la prime ainsi que, dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire, toute clause qui prévoit une modification proportionnée et justifiée de l'étendue des prestations, notamment l'adaptation unilatérale de listes de prestataires ou de thérapies admises.	<u>Zudem:</u> Die Möglichkeiten zur Anpassung von bestehenden Verträgen respektive Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind bereits jetzt sehr limitiert. Hat man jedoch unkündbare Verträge wie in der <u>Krankenzusatzversicherung</u>, gibt es im Laufe der Zeit regelmässig einen gewissen Anpassungsbedarf, zum Beispiel weil Änderungen in der Grundversicherung dazu führen, dass eine bestehende Zusatzversicherungsdeckung in der bisherigen Form keinen Sinn mehr macht (Anpassungen z.B. bei der Entwicklung der modernen Medizin und Änderung von Leistungsbestimmungen im KVG, die Auswirkungen auf VVG-Zusatzversicherungen haben). Der Versicherungsnehmer jedoch bekommt als Gegenleistung die Möglichkeit der Kündigung. In den Zusatzversicherungen wird teilweise auf Listen verwiesen, z.B. von Kuranstalten oder Zusammenarbeit mit bestimmten Leistungserbringern. Es muss sichergestellt werden, dass derartige Listen nicht von Art. 35 VE-VVG betroffen sind, ansonsten die Zusatzversicherungen nicht mehr praktikabel sind. Solche Anpassungen/Präzisierungen müssen unbedingt auch in Zukunft möglich bleiben insbesondere zugunsten des Versicherungsnehmers. In der Praxis waren bisher nicht nur die klassischen Prämienänderungsklauseln, sondern auch beschränkte Leistungsänderungsklauseln zugelassen, jedenfalls wenn es sich um nachträglich abänderbare Listen von Therapien/Therapeuten in der Alternativmedizin oder um Spitalisten gehandelt hat, über deren Existenz der Versicherte bei Vertragsabschluss Kenntnis hatte. Es ist sehr wichtig, dass diese Möglichkeit weiter besteht. Im Übrigen ist fraglich, ob solche „lebenslänglichen“ Verträge mit Blick auf Art. 27 ZGB überhaupt gestattet sind. Falls Art. 35 trotzdem bestehen bleiben soll, dann ist <u>zwingend eine Ergänzung der Bestimmung vorzunehmen, welche es dem Versicherungsunternehmen erlaubt, Präzisierungen und Änderungen zumindest zugunsten des Versicherungsnehmers vorzunehmen</u> (s. Vorschlag unter Abs. 1 oder 2 nebenan).
Art. 35a Ordentliche Kündigung 1 Der Vertrag kann, auch wenn er für eine längere Dauer vereinbart wurde, auf das Ende des <u>fünften</u> dritten oder	<u>Zu Abs. 1 :</u> Diese neue Bestimmung sieht vor, dass Verträge auf das Ende des dritten und danach jedes darauf folgenden Jahres kündbar sein müssen. Diese gesetzliche Neuregelung schränkt die Vertragsfreiheit und die Position der Versicherer massiv

jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt werden. 4 In der Heilungskostenzusatzversicherung Krankenversicherung steht das ordentliche Kündigungsrecht nur dem Versicherungsnehmer zu.	ein, weshalb wir uns dagegen aussprechen. Eine fünfjährige Vertragsdauer ist auch für die Versicherten klar vertretbar. <u>Zu Abs. 4:</u> In der Krankenversicherung steht das ordentliche Kündigungsrecht nur dem Versicherungsnehmer zu. Dies ist bezüglich Heilungskostenzusatzversicherungen unbestritten. So ist in Art. 35a Abs. 4 und Art. 35c Abs. 2a VE-VVG die Rede von "Krankenversicherung". Gemäss erläuterndem Bericht sind damit die in Art. 35aVE_VVG die Krankenzusatzversicherungen gemeint; in Art. 35c wird spezifisch von Erwerbsausfall bzw. Taggeldversicherung gesprochen. Hier und im gesamten Entwurf VE-VVG ist besser zu definieren was unter "Krankenversicherung" verstanden wird. In Art. 2a VE-VVG beispielsweise spricht man von Kollektiv-Personenversicherung. Wir gehen vorliegend davon aus, dass Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen nicht dazu gehören. Hier ist bisher ein Kündigungsrecht des Versicherers möglich. Es drängt sich deshalb eine Präzisierung von Abs. 4 auf (s. nebenan).
Art. 35c <u>Nachhaftung</u> 1 Ansprüche aus dem Vertrag können bis zu fünf Jahre nach dessen Beendigung entstehen, wenn sich die versicherte Gefahr noch während der Laufzeit des Vertrags verwirklicht, der daraus entstehende Schaden aber erst nach Beendigung des Vertrags eintritt. 2 Vorbehalten bleibt: a. die Krankenversicherung im Falle des Versicherungswechsels, soweit unter den betroffenen Versicherungsunternehmen das Behandlungsprinzip gilt; b. die Haftpflichtversicherung, bei welcher die während der Vertragsdauer geltend gemachten Ansprüche versichert sind (Anspruchserhebungsprinzip).	<u>Generell :</u> Diese Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages! Dans l'assurance-maladie et l'assurance d'indemnités journalières, il est difficile voire impossible de déterminer à quel moment précis le sinistre, soit en l'espèce la maladie, s'est produit. En effet, une maladie n'est pas, comme un accident, un événement précis et unique dans le temps, mais s'étale souvent sur une certaine période et n'a pas de point de départ précis. C'est la raison pour laquelle, en assurance-maladie, le moment déterminant pour définir le droit aux prestations est la date de traitement (Datum der Behandlung) et non pas la date de la survenance du sinistre. Par ailleurs, en matière d'assurance indemnités journalières, les assureurs-maladie ont signés entre eux une convention (Freizügigkeitsabkommen FZA) qui prévoit la reprise des cas en cours et non encore terminés par le nouvel assureur. Schon alleine mit Blick auf das FZA ist die vorgeschlagene Bestimmung von Art. 35c widersprüchlich. En outre, force est de constater que la mise en oeuvre d'une telle disposition entraînerait

	non seulement une surcharge administrative non négligeable pour les assureurs-maladie, mais probablement aussi plus de litiges. Weiter ist eine Nachhaftung in denjenigen Fällen als stossend zu beurteilen, in denen der Vertrag wegen Prämienzahlungsverzugs aufgehoben wird. Weiter stellt sich die Frage, was geschieht, wenn ein Nachversicherer, der zwar ebenfalls das Behandlungsprinzip kennt, einen Ausschluss macht für ein Leiden, das beim früheren Versicherer eingetreten ist. Es stellt sich die Frage, ob dann die Nachhaftung für dieses spezifische Leiden trotzdem gilt. Falls ja, könnten in der Schadenabwicklung Probleme entstehen, wenn beispielsweise jemand einen Leistungserbringer wegen verschiedenen Leiden gleichzeitig konsultiert (Splitting der Rechnung nötig). Im Übrigen ist die Frage, was geschieht, wenn der Wechsel zu einem anderen Versicherer nicht nahtlos erfolgt. Zudem fehlen Ausführungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen dieser Bestimmung und es muss davon ausgegangen werden, dass die Krankenversicherer diesen Umstand bei der Prämienberechnung (zuungunsten des Versicherungsnehmers weil teurer) berücksichtigen werden.
Art. 35d <u>Hängige Versicherungsfälle</u> Vertragsbestimmungen, die einen Versicherer berechnen, bei Beendigung des Vertrags nach Eintritt des befürchteten Ereignisses bestehende periodische Leistungsverpflichtungen als Folge von Krankheit oder Unfall bezüglich Dauer oder Umfang einseitig zu beschränken oder aufzuheben, sind nichtig.	Art. 35d widerspricht dem Rückweisungsbeschluss des Parlamentes, der klar festhält, dass im Rahmen einer Teilrevision des VVG unnötige Eingriffe in die Vertragsfreiheit zu vermeiden sind. Weiter wird gemäss erläuterndem Bericht (Seite 36) mit Art. 35d ein Urteil des Bundesgerichtes (BGE 135 III 225) umgesetzt. Dabei wird übersehen, dass das Bundesgericht im fraglichen Entscheid keineswegs Vertragsbestimmungen, wie sie nun durch Art. 35d für nichtig erklärt werden sollen, für ungültig erklärt hat. Das Bundesgericht hat sich vielmehr mit der Auslegung einer solchen Vertragsbestimmung befasst und festgehalten, sie sei im zu beurteilenden konkreten Fall in den Vertragsbestimmungen am falschen Ort verankert worden und sei deshalb <i>ungewöhnlich</i>. Es lässt sich nicht rechtfertigen, durch die falsche Interpretation eines Bundesgerichtsurteils eine unnötige Bestimmung im VVG zu verankern, die in derart gravierender Art und Weise in die Vertragsfreiheit eingreift.

Art. 38 <u>Anzeigepflicht nach Eintritt des befürchteten Ereignisses</u> 1bis Ist im Vertrag das Einreichen der Schadenanzeige eine bestimmte Frist vorgesehen, so muss diese angemessen sein.	<u>Zu Abs. 1bis:</u> Diese Bestimmung ist nicht notwendig und gilt sowieso. Zudem sind gemäss parlamentarischem Auftrag generell anerkannte, nicht auslegungsbedürftige Begriffe zu verwenden. Die Bestimmung von Art. 1bis verwendet jedoch gerade einen solchen auslegungsbedürftigen und unklaren Begriff (angemessen) und verstösst somit gegen den parlamentarischen Rückweisungsbeschluss.
Art. 42 <u>Teilschaden</u> 3 Dem Versicherer bleibt der Anspruch auf die Prämie für die laufende Versicherungsperiode gewahrt, falls der Versicherungsnehmer den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.	Die Aufhebung von Abs. 3 ist rückgängig zu machen. Vgl. die Bemerkungen zu vorne Art. 24 lit. g (Teilbarkeit, wo auf Art. 42 Abs. 3 verwiesen wird).
Art. 45 <u>Vertragsverletzung</u> oder b. keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistungen gehabt hat.	<u>Abs. 1 lit. b</u> Die Krankenversicherer lehnen diese Bestimmung ab. Sie ist zu streichen. En effet, avec une telle réserve, l'assuré n'aura plus aucun intérêt à respecter ses incombances si elles n'ont aucune incidence sur le sinistre. Or, en matière d'assurance-maladie, l'assuré doit respecter un certain nombre de règles, par exemple consulter un prestataire qui figure sur une liste, qui n'ont pas d'influence sur la maladie ni sur la nécessité de consulter un thérapeute, mais qui sont pourtant essentielles du point de vue de l'assureur, notamment dans un but de maîtrise des coûts. Ainsi, de la même manière que la LAMal ne connaît pas le principe de substitution des prestations, nous pensons qu'il doit en être de même en assurance-maladie complémentaire. Da zudem das Versicherungsunternehmen eine Schadenersatzforderung geltend macht, muss es die Voraussetzungen, wozu auch die Kausalität gehört, beweisen.

	sen. Diese Regelung kehrt die Beweispflicht zum Nachteil der Versicherungsunternehmen. Der Schutz des Versicherten, der eine ihm bekannte Obliegenheit verletzt, geht unverhältnismässig zu weit und ist in dieser Form nicht sachgerecht. Ausserdem ist nicht klar, was mit „keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistungen“ gemeint ist. Formale Obliegenheiten müssen weiterhin möglich sein.
Art. 46b <u>Mehrfachversicherung</u> 2 Hat der Versicherungsnehmer beim Abschluss des später abgeschlossenen Vertrags keine Kenntnis vom Entstehen einer Mehrfachversicherung, so kann er diesen Vertrag innert vier Wochen seit der Entdeckung der Mehrfachversicherung schriftlich kündigen.	<u>Generell:</u> Diese Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages. Weiter sind die Interessen des Versicherungsnehmers im Gegensatz zu den Interessen des Versicherungsunternehmens mit dieser Bestimmung arg im Ungleichgewicht. Die vorliegende Revision baut bereits die Informationspflicht des Versicherungsunternehmens massiv aus. Zudem wird das Widerrufsrecht zugunsten des Versicherungsnehmers eingebaut. Mit der vorliegenden Bestimmung wird der Versicherungsnehmer beinahe schon als „unmündig“ angeschaut und seine Eigenverantwortung entzogen. Ein Versicherungsnehmer sollte wissen, wieviele Versicherungen er abgeschlossen hat. Il sera alors extrêmement difficile pour l'assureur de prouver que le preneur avait connaissance de l'assurance multiple. Zudem gehen wir davon aus, dass diese Bestimmung ausschliesslich für die Schadensversicherung anwendbar ist und nicht auf die Summenversicherung. Gemäss der nun vorliegenden Gesetzessystematik und aus Leistungssicht findet die Bestimmung neu auf beide Versicherungsarten anwendbar, was nicht sein kann! Les différents produits offerts sur le marché de l'assurance-maladie complémentaire sont souvent difficilement comparables dans leur ensemble et comprennent des prestations différentes en fonction de l'assureur choisi. De ce fait, la notion même d'assurance multiple sera difficile à juger dans le domaine, raison pour laquelle le droit de résiliation associé sera également sujet à interprétation.
Art. 74 <u>Versicherung auf fremdes Leben</u>	<u>Generell:</u> Diese Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages.

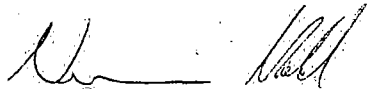
1 Die Versicherung auf den Tod einer anderen Person bedarf deren Zustimmung, jede Änderung der Begünstigung deren Genehmigung. Beides hat schriftlich zu erfolgen.	<u>Zu Art. 74 Abs. 1 :</u> Art. 74 Abs. 1 beschränkt die Freiheit des Versicherungsnehmers. Die Bestimmung, dass der Abschluss der Versicherung auf den Tod einer anderen Person deren Zustimmung bedarf, ist unbestritten und Bestandteil der bestehenden Regelung im VVG. Dagegen ist die neu vorgesehene Bestimmung, dass die Änderung (auch Erstellung) der Begünstigung bei einer solchen Versicherung der Genehmigung durch die versicherte Person bedarf, nicht einsehbar. Im Erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage fehlt eine entsprechende Begründung. Die vorgesehene Änderung hätte für das Versicherungsunternehmen einen erheblichen Mehraufwand zur Folge. Zudem besteht die Gefahr einer Rechtsunsicherheit, ob eine Begünstigung gültig ist, die vom Versicherungsnehmer errichtet worden ist von der versicherten Person aber (noch) nicht genehmigt worden ist. Zu beachten ist auch, dass mit der vorgesehenen Änderung das höchstpersönliche Recht des Versicherungsnehmers auf Errichtung/Änderung der Begünstigung in der Säule 3 unnötigerweise beeinträchtigt würde.
<u>Art. 75 Gegenstand der Versicherung</u> 1 Wegen unrichtiger Angabe des Alters kann der Versicherer nur dann vom Vertrage zurücktreten, wenn das wirkliche Alter beim Eintritte ausserhalb der von ihm festgestellten Aufnahmegrenzen liegt. 2 Liegt dagegen das Eintrittsalter innerhalb dieser Grenzen, so gelten folgende Bestimmungen: 1. Ist infolge unrichtiger Angabe des Alters eine niedrigere Prämie entrichtet worden, als auf Grund des richtigen Eintrittsalters hätte bezahlt werden müssen, so ist die Gegenleistung des Versicherers im Verhältnisse der vereinbarten Prämie zu der Tarifprämie des richtigen Eintrittsalters herabzusetzen. Hat der Versicherer bereits erfüllt, so ist er berechtigt, den Betrag, den er nach dieser Berechnungsweise zu viel bezahlt hat, samt Zins zurückzufordern. 2. Ist infolge unrichtiger Angabe des Alters eine höhere Prämie entrichtet worden, als auf Grund des richtigen Ein-	<u>Generell:</u> Die Aufhebung dieser Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages. Art. 75 ist beizubehalten. La suppression de règles claires pour régler une situation particulière, au motif que celle-ci survient rarement en pratique, n'est pas adéquat, compte tenu de l'importance que revêt le critère de l'âge pour le calcul de la prime dans l'assurance de personne.

trittsalters hätte bezahlt werden müssen, so ist der Versicherer verpflichtet, die Differenz zwischen dem vorhandenen und dem für das richtige Eintrittsalter notwendigen Deckungskapital zurückzuerstatten. Künftige Prämien sind nach Massgabe des richtigen Eintrittsalters herabzusetzen. 3. Den in den Ziffern 1 und 2 dieses Artikels vorgesehenen Berechnungen sind die Tarife zugrunde zu legen, die zur Zeit des Vertragsabschlusses gegolten haben.	
Art. 95c <u>Koordination</u> Leistungen aus Schadenversicherungen sind mit anderen schadenausgleichenden Leistungen nicht kumulierbar.	<u>Zu Abs. 1:</u> Abs. 1 gehört nicht unter den Titel „Regressrecht“, da er per se nichts damit zu tun hat. Er gehört jedoch klar in den 5. Abschnitt „Koordination“, z.B. als neu Art. 95c, wodurch der vorgeschlagene Art. 95c zu neu Art. 95d würde.
Art. 95dc <u>Regressrecht des Versicherungsunternehmens</u> 1 Leistungen aus Schadenversicherungen sind mit anderen schadenausgleichenden Leistungen nicht kumulierbar. 12 Im Umfang und zum Zeitpunkt seiner Leistung tritt das Versicherungsunternehmen für die von ihm gedeckten gleichartigen Schadensposten in die Rechte des Versicherten ein. 23 Die Bestimmung nach Absatz 2 findet keine Anwendung, wenn der Schaden durch eine Person leichtfahrlässig herbeigeführt worden ist, die in einer engen Beziehung zum Versicherten steht. In einer engen Beziehung stehen namentlich Personen, die a. in einer häuslichen Gemeinschaft leben;	S. Bemerkungen oben unter Art. 95c. <u>Zu Abs. 1:</u> S. Bemerkungen oben unter Art. 95c. <u>Zu neu Abs. 2 (verschoben von 3):</u> Die Annäherung der privatrechtsrechtlichen Koordination an die sozialversicherungsrechtliche Koordination ist aus Sicht der Krankenversicherer sehr zu begrüßen. Während es unter dem heutigen Recht immer wieder zu Ungereimtheiten und unterschiedlichen Abläufen kommt, wenn eine durch Fremdverschulden verunfallte oder erkrankte Person z.B. auf der privaten Abteilung eines Spitals

an rückwirkend anwendbare Neuregelungen / neue Leistungen und voraussichtlich Prämienhöhung für Bestandskunden).

☐ Neue Verträge (Abschluss nach Inkrafttreten des revidierten VVG): Es sollte eine angemessene Übergangsfrist von mindestens zwei Jahren vorgesehen werden.

Freundliche Grüsse
santésuisse
Direktion



Verena Nold
Direktorin

Rechtsdienst



Isabel Kohler Muster, lic. iur., Fürsprecherin
Leiterin Rechtsdienst santésuisse-Gruppe

A



4. OKT. 2010
Registratur

A-Post
Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernhof
3003 Bern

ÖKK

Eidgenössisches
Finanzdepartement
Generalsekretariat
Rechtsdienst
Bundesgasse 3
3003 Bern
regulierung@gs-efd.admin.ch

Zürich, 28. September 2016

Vernehmlassungsantwort zur Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Maurer
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die am 6. Juni 2016 erhaltene Gelegenheit, bis 27. Oktober 2016 Stellung zur Vernehmlassungsvorlage zur Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) nehmen zu können.

Vorbemerkungen

Die Vernehmlassungsvorlage berücksichtigt die vom Parlament im März 2013 explizit in Auftrag gegebenen Punkte (zweiwöchiges Widerrufsrecht für Versicherungsverträge, dreijährige ordentliche Kündigungsfrist, leichte Erweiterung der abschliessend geregelten vorvertraglichen Informationspflichten vor Vertragsabschluss, Verlängerung der Verjährungsfrist) sowie zusätzliche Vorschläge des Finanzdepartements zur Anpassung des Gesetzes.

Aufgrund unserer jahrzehntelangen Erfahrung als Ombudsstelle haben wir die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen auf ihre praktischen Auswirkungen, insbesondere diejenigen auf den Rechtsfrieden zwischen den Parteien von Versicherungsverträgen, und auf die künftige Rechtssicherheit geprüft.

Als neutrale und Interessen ungebundene Institution beschränken wir uns in unserer Vernehmlassungsantwort auf 11 ausgewählte Punkte, die der Ombudsstelle in der Praxis als relevant erscheinen.

Zu den einzelnen Bestimmungen

1. Art. 1 Abs. 1 (Bindungsfrist von 14 Tagen) und Art. 2a (Widerrufsrecht von 14 Tagen)/ Problematik der identischen Dauer von Bindungs- und Widerrufsfrist

Die vorgeschlagene Regelung zum Widerrufsrecht von 14 Tagen in Art. 2a E-VVG ist identisch mit der der 14-tägigen Bindungsfrist in Art. 1 Abs. 1 VVG, welche gemäss der Vernehmlassungsvorlage unverändert bleiben soll.

Für die Versicherungsnehmer hat die vorgeschlagene Regelung zur Folge, dass das Widerrufsrecht zeitlich unbeschränkt wird, wenn der Versicherer die Police nicht innerhalb der vierzehntägigen Bindungsfrist nach Art. 1 Abs. 1 VVG ausgestellt hat. Dies weil der Antragsteller innerhalb der ersten 14 Tage sein Widerrufsrecht geltend machen kann, wenn er in diesem Zeitraum die beantragte Police erhält. Nach Ablauf der Widerrufsfrist kann er bei Erhalt der Police geltend machen, er sei nicht mehr an den Antrag gebunden.

Für die Versicherer hat die vorgeschlagene Regelung somit zur Folge, dass die von ihr ausgestellten Policen immer widerrufen werden können, und zwar unabhängig davon, ob sie während oder nach Ablauf der Bindungsfrist ausgestellt werden.

Wir fragen uns, ob damit der Auftrag des Parlaments, ein auf 14 Tage begrenztes Widerrufsrecht von Versicherungsanträgen zu schaffen, effektiv erfüllt wird. Dies zumal ein zeitlich begrenztes Widerrufsrecht definitionsgemäss auch mit einer echten Bindungsfrist zu kombinieren ist. Das Problem könnte gelöst werden, indem ein 14-tägiges Widerrufsrecht mit einer dreiwöchigen Bindungsfrist in Art. 1 Abs. 1 VVG kombiniert wird. Art. 1 Abs. 1 und 2a Abs. 1 VVG wären gegebenenfalls wie folgt zu formulieren:

Art. 1 Abs. 1 VVG (Vorschlag zur Abänderung)

„Wer dem Versicherer den Antrag zum Abschluss eines Versicherungsvertrags gestellt und für die Annahme keine kürzere Frist gesetzt hat, bleibt ~~14 Tage~~ **3 Wochen** gebunden.“

Art. 2a Abs. 1 und 2 E-VVG

„1 Der Versicherungsnehmer kann seinen Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, widerrufen.“

2 Das Widerrufsrecht beträgt 14 Tage und beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Vertrag beantragt oder angenommen hat“.

2. Art. 3 Abs. 1 lit. c /Die bestehenden Informationspflichten des Versicherers zur Prämie haben sich in der Praxis als ungenügend erwiesen

Die Informationspflichten zu den Prämien sind zentral, weil ohne Einigung über die Prämie kein Versicherungsvertrag zustande kommen kann. Über die wesentlichen Vertragspunkte wie die Prämie muss Einigkeit herrschen. Der bereits geltende und auch für die Zukunft vorgeschlagene Gesetzeswortlaut führt zwar bei reinen Risiko-Versicherungen in der Praxis zu keinen Problemen. Anders verhält es sich jedoch bei Lebensversicherungs-Produkten, bei denen die Prämie nebst dem Risikoprämienanteil und den Kosten auch einen Sparprämienanteil beinhaltet, so vor allem bei Fondspolicen. Diese Fondspolicen sehen erfahrungsgemäss meistens variable Risikoprämien vor, weil das Risiko des Versicherers im Todesfall des Versicherungsnehmers der Differenz zwischen dem vereinbarten Todesfallkapital und dem aktuellen Fondsanlagewert entspricht. Diese Differenz hat der Versicherer im Todesfall den Begünstigten zu bezahlen. Der Wertverlauf von Fondsanlagen ist börsenabhängig und kann daher starken Schwankungen

unterliegen. Sinkt der Wert der über die Police erworbenen Fondsanteile börsenbedingt, steigt die Differenz zum versicherten Todesfallkapital und somit auch die Risikoprämie. Dies führt bei Fondspolice, die mit Einmal-Prämie finanziert wurden, dazu, dass nebst den Wertverlusten der Fondsanlage auch noch die Risikoprämien steigen, wobei für deren Finanzierung noch zusätzlich Fondsanteile verkauft werden müssen.

Die Ombudsstelle vertritt die Auffassung, dass der Versicherer über diesen Mechanismus bei Fondspolice und die damit verbundene variablen Risikoprämien beim Vertragsabschluss informieren muss. Dies einerseits deshalb, weil die Risikoprämie zentrales Vertragselement ist, und andererseits auch deshalb, weil der Versicherungsnehmer ansonsten nicht genügend Informationen zur Einschätzung seiner Risikofähigkeit und -willigkeit hat.

Da sich gute Informationen und Transparenz bezüglich der wesentlichen Vertragspunkte nachhaltig auf den Rechtsfrieden der Parteien während der Vertragslaufzeit auswirken, schlagen wir daher folgende Ergänzung des bestehenden Gesetzestextes vor (rot markiert):

Art. 3 Abs. 1 lit. c

„Die geschuldeten Prämien und weitere Pflichten des Versicherungsnehmers. **Bei Tarifen mit variablen Risikoprämien hat der Versicherer darüber zu informieren, welcher Mechanismus zur Erhöhung und Senkung derselben führt**“.

3. Vorschlag, neu einen Art. 3 Abs. 1 lit. h VVG einzuführen / Informationspflicht über die Beitragsvoraussetzungen für Einzahlungen in die Säule 3a

In der Praxis der Ombudsstelle hat sich gezeigt, dass beim Vertrieb von gebundenen Lebensversicherungen (Säule 3a) häufig nicht darüber informiert wird, dass Beitragszahlungen in gebundene Vorsorgepolice während der gesamten Vertragsdauer, d.h. nicht nur beim Vertragsabschluss, ein AHV-pflichtiges Erwerbseinkommen voraussetzen.

Diese fehlenden Informationen führen vor allem bei jungen Erwachsenen und Ausländern, die für ein paar Jahre in der Schweiz arbeitstätig sind (z.B. als AHV-befreite Funktionäre internationaler Organisationen wie die UNO), dazu, dass sie den Vertrag in Unkenntnis dieser Tatsache abschliessen. Bei einer Rückkehr ins Ausland oder im Falle einer längeren Erwerbspause (z.B. infolge Mutterschaft, bei einer Ausbildung im Inland oder Ausland etc.) müssen diese dann feststellen, dass sie mangels AHV-pflichtigen Erwerbseinkommens keine Prämien mehr in die Police einzahlen können, was zur Reduktion des Versicherungsschutzes in der Säule 3a führt.

Wir schlagen daher folgenden **Art. 3 Abs. 1 lit. h** vor:

„.....Er muss informieren über:

a.

....

h. die Beitragsvoraussetzungen während der Vertragsdauer bei gebundenen Vorsorgepolice.“

4. Art. 3 Abs. 3 / Die vorgeschlagene Einschränkung der Informationspflichten bei Kollektivverträgen auf Arbeitgeber berücksichtigt nicht, dass in der Praxis zunehmend (Gross-)Unternehmen Kollektiv-Verträge für ihre Geschäfts-Kunden abschliessen,

Das EFD schlägt in seiner Vernehmlassungsvorlage eine Einschränkung der Informationspflichten bei Kollektivverträgen, die anderen Personen als dem Versicherungsnehmer ein direktes Forderungsrecht verleihen, auf Arbeitgeber vor.

Dieser Vorschlag basiert insbesondere auf dem Vorschlag von einzelnen Vertretern der Rechtslehre, wonach die Informationspflicht des Kollektiv-Versicherungsnehmers an mitversicherte Personen auf kollektive Personenversicherungen im betrieblichen Umfeld begrenzt

werden solle (namentlich Krankentaggeld-Versicherungen). Nach heutigem Recht würde der Artikel auch Motorfahrzeug-Versicherungen, Haftpflicht- oder Hausratversicherungen für Familien einbeziehen.

Diese theoretischen Überlegungen berücksichtigen die aktuellen Entwicklungen und die uns bekannte Praxis im Versicherungsbereich nicht. Nach den Feststellungen der Ombudsstelle handelt es sich bei Kreditraten-Versicherungen, die von den Banken vertrieben werden, welche Kleinkredite gewähren, häufig um Kollektiv-Versicherungen, die den versicherten Kreditnehmern nach Eintritt einer Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit ein direktes Forderungsrecht verleihen.

Das Gleiche gilt beispielsweise (im Sinne einer nicht abschliessenden Aufzählung) auch für Reiseversicherungen, die von Kreditkartenunternehmen inkl. Banken beim Abschluss eines Kreditkartenvertrags offeriert werden, sowie für Mobiltelefonversicherungen, welche über Schweizerische Mobiltelefonunternehmen vertrieben werden. Zusammengefasst gibt es seit Jahren zunehmend Kollektiv-Versicherungen, die vorwiegend von Unternehmen (Banken, Reiseunternehmen, Mobiltelefonunternehmen etc.) vertrieben werden.

Wir gehen davon aus, dass es nicht die Absicht des Gesetzgebers sein kann, Unternehmen davon zu entbinden, ihren Kunden die wesentlichen Unterlagen zu Versicherungen auszuhandigen, welche sie vertrieben haben. Falls diese nämlich weder eine Police erhalten, weil sie nicht Versicherungsnehmer sind, noch die AVB, falls wie hier vorgeschlagen der Versicherungsnehmer von der Aushändigung derselben entbunden wird, wissen die versicherten Personen überhaupt nicht, welches ihre Rechte und Pflichten sind, und welches der Deckungsumfang der Versicherung ist.

Um eine Einschränkung des Schutzes der Versicherten von Kollektiv-Versicherungsverträgen zu vermeiden, schlagen wir vor, den Wortlaut des bestehenden Art. 3 Abs. 3 VVG so zu belassen, wie er ist. Unter Berücksichtigung der Überlegungen der Rechtslehre sei er indes gleichzeitig so zu ergänzen, dass Kollektiv-Versicherungen für Personen, die im Haushalt des Kollektiv-Versicherungsnehmers wohnen und nicht als Arbeitnehmer desselben beschäftigt sind, von dieser Informationspflicht entbunden sind.

Art. 3 Abs. 3

„...bisheriger Text...“. **Gegenüber mitversicherten Personen, die im gleichen Haushalt des Versicherungsnehmers wohnhaft und nicht Arbeitnehmer des Kollektiv-Versicherungsnehmers sind, gilt diese Informationspflicht nicht.**

5. Art. 11 Abs. 1 / Der Vorschlag, dass die Police schriftlich auszustellen sei, ist nicht zeitgemäss und erschwert den Abschluss von Versicherungsverträgen über das Internet unnötig.

Der vorgeschlagene Gesetzestext sieht die Ausstellung einer schriftlichen Police vor.

Die Ombudsstelle ist der Meinung, dass die zeitgemässe und daher sehr zu begrüßende Einführung der Textform im Versicherungsvertragsgesetz auch bezüglich der Ausstellung der Police möglich sein müsste, wenn der Versicherungsnehmer mittels Bekanntgabe seiner E-Mail-Adresse dazu sein (konkludentes) Einverständnis abgibt. Wir schlagen daher folgenden Gesetzestext vor:

„Das Versicherungsunternehmen stellt dem Versicherungen eine **schriftliche** Police **in Schrift- oder Textform** aus, welche die Rechte und Pflichten der Parteien festhält“.

6. Art. 46 VVG / Die vorgeschlagene Verlängerung der Verjährungsfrist ist in der Praxis notwendig

Die Ombudsstelle erachtet die vorgeschlagene Verlängerung der Verjährungsfrist auf fünf Jahre als wichtig. Die heutige Frist hat sich in der Praxis als zu kurz erwiesen. Dies gilt insbesondere für Schäden an Gebäuden, die (z.B. Wasserfolgeschäden) manchmal erst einige Jahre nach Eintritt der Ursache (Defekt in einer Leitung) erkennbar werden.

7. Art. 60a / Das vorgeschlagene direkte Forderungs- und Auskunftsrecht ist zumindest für freiwillige Versicherungen problematisch

Das vorgeschlagene direkte Forderungsrecht von Dritt-Geschädigten erscheint der Ombudsstelle bei freiwilligen Versicherungen als problematisch, weil damit ohne den Willen der Vertragspartner Drittpersonen direkt Rechte aus dem abgeschlossenen Vertrag erhalten und damit letztlich die Vertragsfreiheit des (die Prämie bezahlenden) Versicherungsnehmers eingeschränkt wird, wozu auch die Vertragsausübungsfreiheit gehört.

Der Abschluss einer freiwilligen Versicherung wird ausschliesslich zur eigenen Absicherung als Versicherungsnehmer vorgenommen, d.h. mit anderen Worten nicht zum Schutz von Dritten und insbesondere nicht zum Schutz von Personen, deren Haftpflicht-Forderungen als ungerechtfertigt abgelehnt werden.

Dies gilt insbesondere auch für Privathaftpflicht- und Betriebshaftpflicht-Versicherungen, um berechnete Haftpflicht-Forderungen von Dritten gegen sich selbst abzudecken und ungerechtfertigte Forderungen abzuwehren. Das Recht, seine eigene Versicherung in Anspruch zu nehmen oder nicht, ist im Rahmen der nach wie vor geltenden Vertragsfreiheit demjenigen vorbehalten, der sich selber versichert und dafür eine Prämie bezahlt.

Ein Eingriff des Gesetzgebers in dieses Recht beschneidet letztlich die Vertragsfreiheit und schwächt die Stellung des Versicherungsnehmers, der den Versicherungsvertrag finanziert.

Wohl aus diesem Grund hat der Gesetzgeber das direkte Forderungsrecht von Geschädigten nur ausnahmsweise bei einzelnen obligatorischen Versicherungen eingeführt. So im Strassenverkehrsgesetz (d.h. in der Spezialgesetzgebung und nicht im Versicherungsvertragsgesetz), wo es darum ging, zum Schutze von Geschädigten gegen die besonders grossen Gefahren durch Motorfahrzeuge eine Kausalhaftung des Motorfahrzeughalters für Personenschäden einzuführen und die (rechtliche und faktische) Durchsetzung der teilweise sehr hohen Haftpflicht-Forderungen durch ein direktes Forderungsrecht gegen den Versicherer zu erleichtern.

Die Einführung eines generellen direkten Forderungsrechts von Geschädigten gegen Versicherer für sämtliche ausservertraglichen Haftpflicht-Forderungen wäre nicht nur systemfremd, sondern würde letztlich vor allem die Rechtsstellung von Versicherungsnehmern wohl in einem Ausmass beschneiden, das einer Verhältnismässigkeitsprüfung kaum standhalten dürfte.

Hinzu kommt, dass eine effektive Durchsetzung eines direkten Forderungsrechts in der Praxis (analog den Registern bei den kantonalen Strassenverkehrsämtern über die Versicherungssituation der Motorfahrzeuge) wohl einzig mit der Schaffung eines schweizweiten Daten-Registers möglich wäre. Eine Pflicht, Auskunft über die eigene Versicherungssituation zu geben, genügt hierfür nach Auffassung der Ombudsstelle nicht, weil auch eine richterliche Androhung von Straffolgen bei Nichtgewährung der Auskunft eine effektive Durchsetzung nicht garantiert. (Wie kann ein Richter einen Schadenverursacher dafür bestrafen, dass dieser seine Versicherung nicht bekannt gibt und stattdessen behauptet, gar keine Versicherung zu besitzen, wenn er als Richter gar nicht anhand eines Registers kontrollieren kann, ob der Schadenverursacher effektiv eine Versicherung besitzt oder nicht?)

8. Art. 92 Abs. 3 VVG – Eine Frist von drei Monaten (!) zur Bezahlung des Rückkaufswerts aus einer Lebensversicherungspolice ist in der heutigen Zeit zu lang

In der heutigen Zeit gibt es nach den von der Ombudsstelle gemachten Erfahrungen keinen erkennbaren Grund mehr, dem Versicherer (wie beim Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 1908) eine Frist von drei Monaten für die Bezahlung des Rückkaufswerts zu belassen.

Dementsprechend werden die Rückkaufswerte von den meisten Lebensversicherern innerhalb der allgemeinen Fälligkeitsfrist von vier Wochen (Art. 41 VVG) bezahlt. Vereinzelt ist es jedoch in den letzten 10 Jahren vorgekommen, dass sich (liquide) Lebensversicherer in Vermittlungsfällen der Ombudsstelle (entgegen der gängigen Praxis) auf diese dreimonatige Frist berufen haben. Dies wurde von den Versicherungsnehmern als stossend empfunden.

Wir schlagen daher im Sinne einer Vereinheitlichung und der Akzeptanz der Fälligkeitsregeln im VVG vor, **Art. 92 Abs. 3 VVG** ersatzlos zu streichen.

~~„Stellt der Anspruchsberechtigte das Rückkaufsbegehren, so wird die Rückkaufsforde-
rung nach drei Monaten, vom Eintreffen des Begehrens an gerechnet, fällig“.~~

9. Streichung von Art. 102 VVG / Das Verhältnis des alten zum neuen Recht sollte bei den häufig jahrzehntelang dauernden Versicherungsverträgen geregelt werden

Die Übergangsbestimmungen sind nach Auffassung der Ombudsstelle insbesondere bei Versicherungsverträgen von Relevanz, die in der Praxis teilweise bis 47 Jahre lang dauern (wenn beispielsweise ein 18-jähriger eine Säule 3a-Police abschliesst).

Wird beispielsweise beim Vertragsabschluss eine Anzeigepflicht-Verletzung begangen, kommt gemäss Art. 1 SchIT ZGB bezüglich der Folgen der Anzeigepflicht-Verletzung das Recht zur Anwendung, das im Zeitpunkt der Anzeigepflicht-Verletzung in Kraft war.

Wenn die entsprechenden Gesetzesregeln ändern, wie dies bezüglich der Anzeigepflicht-Verletzung bereits per 1.01.2006 der Fall war und jetzt erneut der Fall sein soll, erscheint es uns wichtig, dass der Gesetzgeber Übergangsregeln prüft.

Konkret geht es darum, ob der Gesetzgeber die neuen Regeln bei allen Verträgen in Kraft setzen will, oder ob er möchte, dass beispielsweise die Folgen von Anzeigepflicht-Verletzungen, die unter altem Recht begangen worden sind, Jahrzehnte lang danach noch unter altem Recht beurteilt werden sollen.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass einige Versicherungs-Gesellschaften Anzeigepflicht-Verletzungen, von denen sie im laufenden Jahr Kenntnis erhielten, welche aber im letzten Jahrhundert stattfanden, entsprechend den geltenden Übergangsregeln im SchIT ZGB noch heute die vor dem 1.01.2006 in Kraft getretenen Gesetzesregeln anwenden.

Darüber, ob hier nicht eine spezielle Übergangsregel gelten soll, sollte der Gesetzgeber u.E. einen Entscheid fällen.

10. Änderung anderer Erlasse / VAG

Vorschlag zur Änderung von Art. 44 Abs. 1 lit. b VAG / Vorschlag, dass ungebundene Versicherungsvermittler eine Berufshaftpflicht-Versicherung mit Run-Off-Deckung abschliessen müssen

In unserer langjährigen Praxis haben wir festgestellt, dass einige ungebundene Versicherungsvermittler gar nicht mehr als solche tätig sind, wenn sich ein Kunde im Nachhinein - meistens ist dies erst einige Jahre nach Abschluss einer vermittelten Police der Fall - gegen die beim Vertragsabschluss durchgeführte Beratung des Brokers beschwert.

Wenn der Kunde beim Versicherungsbroker interveniert und dieser gar nicht darauf antwortet, sei es wegen fehlender Bereitschaft, fehlender Finanzkraft oder weil er effektiv gar nicht mehr als Broker tätig ist, kann der Kunde nichts dagegen tun. In der Botschaft des Bundesrats zum FIDLEG wurde daher vorgeschlagen, die aktuell ca. 7'000 Versicherungsbroker und die Versicherungsombudsstelle dem FIDLEG zu unterstellen.

Das damit verfolgte Ziel eines besseren Kundenschutzes wird durch diese Massnahmen allerdings nicht erreicht. Auch die Ombudsstelle kann nichts tun, wenn ein Versicherungsbroker ihr nicht antwortet und auf Vermittlungsgesuche nicht eintritt.

Wir schlagen daher im Sinne einer zielführenden Lösung vor, alle ungebundenen Versicherungsbroker (analog den Anwälten) nicht im Rahmen des FIDLEG, sondern der vom Parlament in Auftrag gegebenen Teil-Revision des VVG/VAG ohne jegliche Ausnahmen zu verpflichten, eine Berufshaftpflicht-Versicherung abzuschliessen. Die heutige Regelung (Art. 44 VAG in Verbindung mit Art. 186 AVO) schreibt zwar eine Berufshaftpflichtversicherung vor. Diese sieht jedoch Ausnahmen zur Versicherungspflicht, kein direktes Forderungsrecht gegen den Versicherer und insbesondere auch keine Run-Off-Deckung vor. Diese Massnahmen wären jedoch nötig, um die vorstehend beschriebenen Probleme in der Praxis zu lösen.

Wir schlagen deshalb folgende Änderung des bestehenden Gesetzes vor:

Art. 44 Abs. 1 lit. b VAG

„eine Berufshaftpflicht-Versicherung abgeschlossen oder gleichwertige finanzielle Sicherheiten geleistet hat, **welche eine Nachdeckung von 5 Jahren nach Aufhebung der Police infolge Berufsaufgabe und ein direktes Forderungsrecht der geschädigten Personen vorsieht**“.

Das Einführen einer generellen Run-Off-Deckung für die Berufshaftpflicht-Versicherer der Versicherungsbroker ist nach den Informationen, welche die Ombudsstelle von Branchen-Vertretern erhalten hat, technisch durchführbar und finanziell tragbar.

11. Änderung anderer Erlasse / Obligationenrecht

Art. 105 Abs. 1 OR – Vorschlag zur Streichung dieser nicht mehr zeitgemässen Regelung zum Zeitpunkt, ab dem Lebensversicherer, die bezüglich der Bezahlung von privaten Renten in Verzug sind, Verzugszinsen bezahlen müssen

Die Regelung in Art. 105 Abs. 1 OR, wonach Verzugszinsen auf fälligen Rentenzahlungen erst ab Betreibung des Rentenschuldners geschuldet sind, zwingt den Versicherungsnehmer, seinen Versicherer zu betreiben, wenn dieser mit fälligen Rentenzahlungen in Verzug ist. Ansonsten erhält er keinen Verzugszins. In Einzelfällen haben sich Lebensversicherer im Rahmen von Vermittlungsverfahren der Ombudsstelle auf diese Regelung berufen und ihrem Versicherungsnehmer, der zu Recht den Verzug von fälligen Rentenzahlungen aus privatem Versicherungsvertrag geltend machte, die Bezahlung eines Verzugszinses mangels Einleitung einer Betreibung oder gerichtlichen Klage abgelehnt.

Nach Auffassung der Ombudsstelle ist diese Gesetzesregelung nicht mehr zeitgemäss. Sie erschwert zudem die Rechtsdurchsetzung der Bezüger von privaten Renten-Leistungen der Lebensversicherer gegenüber den Empfängern von anderen Versicherungsleistungen, wenn ihr Versicherer in Verzug gerät.

Die Ombudsstelle empfiehlt daher im Sinne einer Vereinheitlichung der Fälligkeits- und Verzugsregeln im privaten Versicherungsrecht, den Wortlaut von Art. 105 Abs. 1 OR wie folgt abzuändern:

Art. 105 Abs. 1 OR

„Ein Schuldner, der mit der Zahlung von Zinsen oder mit der **Entrichtung von Renten** **oder mit der** Zahlung einer geschenkten Summe im Verzuge ist, hat erst vom Tage der Anhebung der Betreibung oder der gerichtlichen Klage an Verzugszinse zu bezahlen“.

Wir danken Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit, die Sie unserer Eingabe entgegenbringen. Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

DER OMBUDSMAN



RA lic.iur. Martin Lorenzon

Eidgenössisches Finanzdepartement
Generalsekretariat
Rechtsdienst
Bundesgasse 3
3003 Bern

Im Original an: regulierung@gs-efd.admin.ch

Luzern, 25.10.2016

**Vernehmlassung zur Revision
des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit erstatten wir unsere Vernehmlassung zu der genannten Revision.

Die Zitierung bezieht sich immer auf die neuen Artikel

Art. 2a VVG Widerrufsrecht

Mit der Einführung eines Widerrufsrechts von 14 Tagen für alle Versicherungsverträge sind wir sehr einverstanden.

Die in diesem Zusammenhang aufgeworfene Frage, ob das Widerrufsrecht (wie in den meisten EU-Staaten) auf Lebensversicherungsverträge beschränkt sein sollte, ist im Hinblick auf die Krankenversicherung ganz klar zu verneinen. **Unsere Ombudsstelle wird jedes Jahr mit einigen hundert Fällen konfrontiert, in denen sich die Betroffenen gar nicht bewusst sind, dass sie mit der Unterzeichnung des Formulars bereits einen verbindlichen Antrag unterschreiben.** Dadurch entstehende Doppelversicherungen wieder aufzulösen ist in den meisten Fällen nicht mehr möglich. Die Anpassung an heutige Gepflogenheiten im Konsumentenrecht rechtfertigt sich sehr.

Allerdings besteht aus unserer Sicht noch eine Unklarheit: Sollte es nicht heissen, dass die Widerrufsfrist 14 Tage beträgt und mit dem Abschluss des Vertrages zu laufen be-

ginnt? Beginnt die Frist schon mit dem Antrag, dann läuft sie parallel zur Bindungsfrist gemäss Art. 1 VVG.

Art. 3 Abs. 1 lit. b Summenversicherung oder Schadenversicherung

Diese Regelung ist sehr sinnvoll, weil im Bereich der Krankentaggeldversicherung den Versicherten, insbesondere den Kleinunternehmern erst dann bewusst wird, dass sie keine Summenversicherung abgeschlossen haben, wenn das versicherte Ereignis bereits eingetreten ist.

Art. 3 Abs. 1 lit. h Aufklärung über den Widerruf

Auch diese Regelung ist sehr wichtig.

Art. 9 Vorläufige Deckungszusage

Diese Regelung ist wichtig, wenn sie Doppelversicherungen vermeidet.

Art. 10 Rückwärtsversicherung

Rückwärtsversicherung im Krankenversicherungsbereich würde letztendlich bedeuten, dass man sich erst versichert, wenn sich das Risiko zu verwirklichen beginnt. Der Abschluss solcher Versicherungen würde für die Versicherer uninteressant. Art. 9 bisher wird nun praktisch in Art. 10 neu wiederholt, aber nur abgeschwächt und in dieser Form für den Bereich der Krankenversicherung wie gesagt wohl irrelevant.

Art. 34 Verantwortlichkeit des Versicherers für seine Vermittler

Wir halten dafür, dass diese Regelung belassen wird, auch wenn sie lediglich wiederholt, was nach Artikel 101 OR ohnehin gelten soll. Es ist eine Regelung, die sehr gut in den Gesamtkontext des VVG hineinpasst. Sie soll die Spielregeln speziell für diesen Bereich noch einmal klar verdeutlichen: Gerade bei den Kranken- und Unfallzusatzversicherungen muss man in der Praxis immer wieder feststellen, dass einige Makler entweder inkompetent sind oder aber bewusst das Verhalten der Antragsteller hin zu einem Versicherungsantrag steuern. Sie halten dabei sehr oft Informationen zurück, die für den Antragsteller sehr relevant wären und ihn davon abhalten würden, den Antrag zu unterschreiben.

Art. 35a Abs. 1 Ordentliche Kündigung

Viele Versicherte sind sich bei Abschluss des Vertrages nicht bewusst, dass sie sich bei vielen Versicherern gleich auf 5 Jahre verpflichten. Es gilt in diesem Punkt noch einmal darauf hinzuweisen, dass viele Makler ihrer Informationspflicht nicht oder nicht ausreichend nachkommen. Wir sind darum sehr damit einverstanden, dass die Höchstversicherungsdauer auf 3 Jahre begrenzt wird. Wir hätten nichts dagegen einzuwenden, wenn sie sogar auf zwei Jahre oder ein Jahr eingegrenzt würde.

Art. 46 Verjährung und Befristung

Wir sind sehr froh, dass die Verjährungsfrist auf 5 Jahre ausgedehnt wird. Die bisherige 2-Jahres-Frist steht quer in der Landschaft und ist dem Alltag überhaupt nicht angepasst, da ja üblicherweise Forderungen erst nach 5 oder sogar 10 Jahren verjähren. So kann heute eine Forderung eines Leistungserbringers noch innerhalb von 5 Jahren ab Behandlungsdauer (Art. 128 Ziff 3 OR) gestellt werden, aber der Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer ist bereits nach Ablauf von 2 Jahren (ab Behandlungsdatum) nicht mehr gegeben. Zudem gilt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung schon bisher die 5-Jahres-Frist und die Vereinheitlichung tut dringend Not.

Art. 46b Abs. 2 Mehrfachversicherung

Mit dieser Ergänzung gegenüber dem heute geltenden Art. 53 sind wir sehr einverstanden, da es nach den heutigen Verhältnissen (schlechte, falsche oder fehlende Beratung durch Makler) sehr oft dazu kommt, dass Versicherte plötzlich doppel- oder sogar dreifachversichert sind, ohne dass sie sich dessen rechtzeitig bewusst werden. Wenn überhaupt, lassen sich solche Mehrfachversicherungen heute nur schwer rückgängig machen.

Mit freundlichen Grüßen

Ombudsstelle Krankenversicherung



Morena Hostettler Socha, Ombudsfrau



Thomas Schmutz, Stellvertreter



santésuisse

Revision Versicherungsvertragsgesetz VVG; Stellungnahme santésuisse

25. Oktober 2016

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur vorliegenden Revision des VVG Stellung nehmen zu können. santésuisse vertritt die Mehrheit der Schweizerischen Krankenversicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung (im Rahmen des KVG) sowie Zusatzversicherungen (im Rahmen des VVG) anbieten. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung.

1. **santésuisse unterstützt eine Revision des VVG im Rahmen des Rückweisungsbeschlusses des Parlaments, bzw. gemäss den nachfolgend aufgeführten Änderungsanträgen sowie Bemerkungen. Die gemäss dem Rückweisungsbeschluss revidierten Bestimmungen wie das Widerrufsrecht, das Kündigungsrecht und die Verjährungsfrist, tragen den berechtigten Anliegen der Versicherungsnehmer und –Versicherungsnehmerinnen Rechnung.**
2. **Sämtliche Änderungsvorschläge, die über den parlamentarischen Rückweisungsantrag hinausgehen, und die nicht ausdrücklich nachfolgend befürwortet werden, werden abgelehnt. So z.B. die zwingende Nachhaftung, ein Verbot für Änderungen der Allgemeinen Vertrags- bzw. Versicherungsbedingungen oder ein Kündigungsverbot in der Krankenzusatzversicherung. Sollten diese trotzdem gemäss Bundesratsbeschluss vom 6. Juli 2016 behandelt werden, ist eine Umsetzung aus Sicht der Krankenversicherer lediglich gemäss den nachfolgenden Änderungsanträgen und Bemerkungen denkbar.**

Änderungsanträge santésuisse	Bemerkungen santésuisse
Art. 2a <u>Widerrufsrecht</u>	<u>Generell für nachfolgende Bestimmungen zum Widerrufsrecht:</u> Wir weisen darauf hin, dass das Widerrufsrechts in Frage zu stellen ist mit Blick auf die EU. In allen anderen EU-Staaten ist ein Widerrufsrecht nur für die <i>Lebensversicherung</i> vorgesehen. Korrekterweise müssten deshalb die Bestimmungen

1 Der Versicherungsnehmer kann seinen Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht widerrufen. 2 Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Vertrag beantragt oder angenommen hat. 4 Ausgeschlossen ist das Widerrufsrecht bei kollektiven Personenversicherungen, vorläufigen Deckungszusagen, Vereinbarungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat so- wie gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungen.	über das Widerrufsrecht im 3. Abschnitt des Gesetzes unter „Lebensversicherung“ (Art. 73ff.) integriert werden. Weiter verkomplizieren die neuen Bestimmungen das VVG-Krankenzusatzversicherungsgeschäft unnötig und es ist zu beachten, dass sich die Widerrufsfrist mit den Abklärungen nach Art. 6 VVG kreuzt! <u>Zu Abs. 1:</u> Der Teilsatz « oder die Erklärung zu dessen Annahme » ist verwirrend. En effet, lorsque l'assureur ne répond pas à la proposition du preneur dans le délai de 14 jours de l'art. 1, il fait juridiquement une nouvelle offre, que le preneur est libre d'accepter, le cas échéant par actes conclusants. Doit-on déduire du libellé de l'art. 2a al. 1 qu'il dispose alors de deux délais de révocation, un qui commence à courir dès sa proposition et un second qui commence à courir lorsqu'il accepte la nouvelle offre de l'assureur ? En l'état, le texte proposé ne permet pas de répondre à cette question, pas plus que le commentaire de l'avant-projet. Une réponse positive aboutirait à des résultats particulièrement injustes, puisque le preneur disposerait d'un ou de deux délais successifs en fonction de la célérité de l'assureur dans le traitement de sa proposition. <u>Zu Abs. 2:</u> S. Bemerkungen zu Abs. 1 <u>Zu Abs. 3:</u> Abs. 3 ist eine für die Versicherer nachteilige Bestimmung, weil so unnötige Kosten anfallen können, die die Versicherer zu tragen haben. <u>Zu Abs. 4:</u> Wenn die Bestimmungen über das Widerrufsrecht in den 3. Abschnitt integriert werden, kann Abs. 4 gänzlich gestrichen werden (s. generelle Bemerkungen oben).
--	--

Art. 2b <u>Wirkung des Widerrufs</u> 1 Der Widerruf bewirkt, dass der Antrag zum Vertragsabschluss oder die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers von Anfang an unwirksam ist.	<u>Zu Abs. 1 :</u> Konsequenz aus Art. 2a oben.
Art. 3 <u>Informationspflicht des Versicherers</u> b. den Umfang des Versicherungsschutzes und darüber, ob es sich um eine Summen- oder Schadenversicherung handelt; i. eine Frist für das Einreichen der Schadenanzeige nach Artikel 38 Absatz 1bis;	<u>Generell :</u> Diese Änderung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages! <u>Zu lit. b.</u> Lit. b ist zu streichen, da dies in der Praxis zu grossen Schwierigkeiten bei den Krankenversicherern führen wird, weil diese zahlreiche «Mischprodukte» haben. Eine korrekte Information zuhanden des Versicherungsnehmers wird ungenau, schwierig und risikobehaftet ausfallen. <u>Zu i :</u> S. Bemerkung zu Art. 38 Abs. 1bis. Hier braucht es zwingend eine Ausnahme für das Krankenversicherungsgeschäft!
Art. 6 <u>Folgen der verletzten Anzeigepflicht</u> <i>Abs. 1 und 3</i> <i>Die Nachmeldepflicht ist textlich beizubehalten!</i>	<u>Generell:</u> Diese Änderung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages! <u>Zu Abs. 1 und 3:</u> Der Wegfall der Nachmeldefrist (vgl. Seite 22 des erläuternden Berichts) wirkt sich negativ auf die Krankenversicherer aus. Das kann dazu führen, dass damit vor eigentlichem Zustandekommen des Vertrages der Versicherungsfall bereits eintritt, ohne dass der Versicherungsnehmer dies melden muss, was zu erheblichen Mehrkosten führen kann. <u>Zu Abs. 3:</u> Im Gegensatz zur Regelung im geltenden Recht, wonach eine Teilkausalität genügt, um eine vollständige Leistungsbefreiung zu begründen, soll die Leistungsbefreiung neu nicht weiter gehen als die Kausalität zwischen der Anzeigepflicht-

	verletzung und der Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens. Diese Regelung ist für die Krankenversicherer nachteilig. Es fragt sich denn auch, wo die Sanktion für den Versicherungsnehmer bleibt (ausser der Kündigung seitens des Versicherungsunternehmens)? Leistungsseitig im Schadenfall hat der Versicherte keine Konsequenzen zu befürchten, eine solche Regelung fördert eine Anzeigepflichtverletzung und hat eine falsche Signalwirkung in dieser Thematik. Mit der vorgeschlagenen Einführung des Zusatzes «soweit» in Absatz 3 wird das Recht des Versicherungsunternehmens auf Leistungsablehnung ausgehöhlt. Es wäre dem beweisbelasteten Versicherer in der Praxis kaum möglich, einen der Teilkausalität entsprechenden Leistungskürzungsgrad korrekt zu ermitteln. Aufgrund der Beweisprobleme erhielte der Versicherungsnehmer, welche die Anzeigepflicht verletzt, die volle Leistung.
z.B. neu Art. 9bis <u>Nichtigkeit des Versicherungsvertrages</u> Der Versicherungsvertrag ist unter Vorbehalt der Fälle nach Artikel 100 Absatz 2 nichtig, wenn im Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung die Gefahr bereits weggefallen oder das befürchtete Ereignis schon eingetreten war.	Der bisherige Art. 9 VVG (Nichtigkeit des Versicherungsvertrages) wurde gestrichen. Die Bestimmung wurde teils in neu Art. 10 Abs. 2 VVG übernommen. Aus dem Wortlaut von Art. 10 Abs. 2 muss jedoch entnommen werden, wonach die Bestimmungen über die Nichtigkeit lediglich noch für Rückwärtsversicherungen gelten. Sollte dies tatsächlich neu die Bedeutung im Sinne einer Einschränkung sein, sprechen wir uns dagegen aus bzw. für die Beibehaltung von Art. 9 VVG in seiner bisherigen Form ohne Einschränkung!
Art. 10a <u>Rückwärtsversicherung</u> Ein Versicherungsvertrag ist nichtig, soweit er mit Bezug auf ein künftiges Ereignis abgeschlossen wird, von dem lediglich das Versicherungsunternehmen weiss oder wissen muss, dass dessen Eintritt unmöglich ist.	Diese Bestimmung ist unklar, unnütz und unnötig. Sie ist deshalb zu streichen. Falls trotzdem daran festgehalten wird, ist <u>unbedingt klar zu definieren, was mit „Rückwärtsversicherung“ gemeint ist.</u> Dabei muss der Begriff „Rückwärtsversicherung“ aus Sicht der Krankenversicherer zwingend die folgende beiden Fälle abdecken: 1. Am 29.09.2016 kann (rückwirkend) eine Deckung per 01.09.2016 abgeschlossen werden (analog also Art. 3 KVG, wonach eine versicherungspflichtige Person auch drei Monate Zeit hat sich anzumelden und dann per Datum Einreise [rückwirkend] versichert wird).

Ein Versicherungsvertrag ist nichtig, soweit er mit Bezug auf ein künftiges Ereignis abgeschlossen wird, von dem lediglich das Versicherungsunternehmen weiss oder wissen muss, dass dessen Eintritt unmöglich ist. <i>Dies betrifft sowohl das rückwirkende Festsetzen der Vertragsgültigkeit als auch das Erbringen künftiger Leistungen für bereits eingetretene Schadenfälle.</i>	2. Am 29.09.2016 wird eine (künftige) Deckung per 01.10.2016 abgeschlossen, welche aber (in der Zukunft!) auch einen bereits eingetretenen Leistungsfall abdeckt und versichert. Beispiel: Eine spezielle Zusatzversicherung mit Schwangerschafts- und Geburtsleistungen wird abgeschlossen in einem Zeitpunkt als die Versicherungsnehmerin bereits schwanger ist. Die Versicherungsnehmerin erhält dann ab gültigem Versicherungsvertrag für die Zukunft entsprechende Leistungen; dies obwohl die Schwangerschaft ja bereits vor Vertragsbeginn eingetreten ist. Vorschlag für klarstellende Ergänzung von Art. 10 Abs. 1 betreffend den Begriff der „Rückwärtsversicherung“: s. linke Spalte nebenan.
Art. 12b <u>Vorbehaltlose Annahme</u> 1 Stimmt der Inhalt der Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer binnen vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, widrigenfalls ihr Inhalt als von ihm genehmigt gilt. 2 Diese Bestimmung ist in ihrem Wortlaute in jede Police aufzunehmen.	An dieser Bestimmung ist unbedingt festzuhalten! Sie dient der Rechtssicherheit bei Massengeschäften betreffend die Krankenversicherer !
Art. 13 <u>Rechtliche Natur der Police; Abtretung und Verpfändung</u> <i>Verschieben in Art. 73 ff. (Lebensversicherung)</i>	<u>Generell :</u> Diese Änderung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages! Zudem betrifft die Verpfändung nur die Lebensversicherungen, weshalb diese Bestimmung nicht in den allgemeinen Teil des VVG gehört.

Art. 17 <u>Besonderheiten der Versicherung für fremde Rechnungen</u> 1 Die Versicherung für fremde Rechnung ist für den Versicherer auch dann verbindlich, wenn der versicherte Dritte den Vertrag erst nach Eintritt des befürchteten Ereignisses genehmigt. 2 Der Versicherungsnehmer ist befugt, ohne Zustimmung des Versicherten den Ersatzanspruch gegen den Versicherer geltend zu machen, wenn der Versicherte den Versicherungsnehmer vorbehaltlos zum Abschlusse des Vertrages beauftragt hat oder wenn dem Versicherungsnehmer eine gesetzliche Versicherungspflicht obgelegen hat. 3 Der Versicherer ist nicht berechtigt, Forderungen, die ihm gegen den Versicherungsnehmer zustehen, mit der dem Versicherten geschuldeten Entschädigung zu verrechnen. Die Bestimmung des Artikels 18 Absatz 2 dieses Gesetzes bleibt vorbehalten.	Die Streichung dieser Bestimmung war nicht Gegenstand des parlamentarischen Rückweisungsauftrages und muss auch nicht zwingend wegen neu Art. 16 Abs. 1 und 3 aufgehoben werden, wie in den Erläuterungen auf S. 28 geschrieben steht (dispositives Recht!), weshalb die Bestimmung weiterhin zu bestehen hat.
Art. 18a <u>Träger der Verpflichtung</u> 1 Zur Bezahlung der Prämie ist der Versicherungsnehmer verpflichtet. 2 Bei der Versicherung für fremde Rechnung ist der Versicherer berechtigt, die Bezahlung der Prämie auch vom Versicherten zu fordern, wenn der Versicherungsnehmer zahlungsunfähig geworden ist und die Prämie vom Versicherten noch nicht erhalten hat. 3 Bei der Versicherung zugunsten Dritter steht dem Versicherer das Recht zu, die Prämienforderung mit der dem Begünstigten geschuldeten Leistung zu verrechnen.	<u>Generell :</u> Die Streichung dieser Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages!

Art. 23f <u>Prämienreduktion</u> Ist die Prämie unter Berücksichtigung bestimmter gefahrerhöhender Umstände vereinbart worden, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände im Laufe der Versicherung wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, für die künftigen Versicherungsperioden die tarifgemässe Herabsetzung der Prämie verlangen.	Die Bestimmung ist beizubehalten! S. Bemerkungen zu Art. 27 unten!
Art. 24 lit. g <u>Teilbarkeit</u> 1 Bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung des Versicherungsvertrages ist die Prämie nur für die Zeit bis zur Vertragsauflösung geschuldet. Artikel 42 Absatz 3 bleibt vorbehalten.	Die Streichung des Verweises auf Art. 42 Abs. 3 widerspricht dem parlamentarischen Rückweisungsauftrag und ist deshalb aufzuheben!
Art. 27 <u>Änderung der Gefahr</u>	<u>Generell:</u> Die neuen Bestimmungen betreffend die Gefahrserhöhung und Gefahrsminde- rung sind insbesondere für das Kollektivversicherungsgeschäft wichtig und des- halb zu begrüßen. Die Bestimmung macht jedoch nur dann einen Sinn, wenn die Gefahrstatsache auch prämienrelevant ist, weshalb wir in Abs. 2 die nebenste- hende Ergänzung beantragen. Gemäss bisherigem Recht (Art. 23 VVG) ist eine Prämienreduktion nur bei ver- hältnismässig eng umschriebenen Voraussetzungen möglich, also bei Gefahrstat- sachen, nach denen der Antragsteller bei Vertragsabschluss befragt worden war und für die der Versicherte dann eine höhere Prämie zu bezahlen hatte (z.B. wenn in einer Erwerbsausfall-Versicherung die versicherte Gesellschaft zwar so bestehen bleibt, aber deren Zweck vollständig und damit prämienrelevant ändert; z.B. von einem Büro-Betrieb in einen risikoverbundenen Handwerker-Betrieb. Es wäre weiter z.B. auch nicht wünschbar, dass Versicherte nach blossen Fitnessan- strengungen mit dem Argument einer Gefahrsminde- rung Anspruch auf eine gene- relle Prämienreduktion erhielten, ohne dass eine solche produktespezifisch in den AVB bereits vorgesehen ist. Gleiches gilt, wenn jemand mit Rauchen aufhört, ab- nimmt etc.; selbst wenn er in der Gesundheitsdeklaration dazu befragt wird. Auf die Prämienfestsetzung haben sich diese Faktoren in der Krankenversicherung ja gerade nicht ausgewirkt.

1 Eine Änderung der Gefahr im Sinn der nachfolgenden Bestimmungen liegt vor, wenn nach dem für die Erfüllung der Anzeigepflicht gemäss Artikel 6 Absatz 1 massgeblichen Zeitpunkt eine erhebliche Gefahrstatsache gemäss Artikel 4 sich nicht bloss vorübergehend wesentlich verändert und dadurch ein neuer Gefahrszustand begründet wird oder wenn der Versicherungsnehmer im Laufe der Versicherung eine wesentliche Gefahrserhöhung herbeigeführt hat. 2 Die Gefahrstatsache muss dabei prämienrelevant sein.	<u>Zu Abs. 1:</u> Durch die Einschränkung auf „nicht bloss vorübergehend“ könnte diese Anzeigepflicht umgangen werden. Problematisch hierbei ist, dass die versicherte (Grund-)Gefahr (z.B. Absenkrisiko) vorübergehend extrem stark erhöht sein kann durch den vom Versicherungsnehmer herbeigeführten Eintritt einer anderen (Treiber-)Gefahr (z.B. Entlassungswelle), weshalb die Erweiterung der Formulierung, wie nebenstehend in Abs. 1 vorgeschlagen, notwendig ist. <u>Zu Abs. 2:</u> s. oben unter „Generell“.
Art. 28 <u>Gefahrserhöhung</u> 2 Das Versicherungsunternehmen ist berechtigt, innert vier Wochen nach dem Zugang der Anzeige entweder den Vertrag mit einer Frist von vier sechs Wochen schriftlich zu kündigen oder die Prämie auf den Zeitpunkt der Gefahrserhöhung anzupassen.	<u>Zu Abs. 1:</u> Sehr begrüssenswerte Konkretisierungen bezüglich der Anzeigepflicht bei Gefahrserhöhung. Sehr relevant für das Unfallversicherungsgeschäft im derzeitigen Umfeld, insbesondere Lohnausfall. Nur wird hier und in Art 27 nicht mehr erwähnt, dass es zu melden ist, wenn der VN eine vorübergehende Gefahrserhöhung selbst herbeigeführt hat (z.B. Entlassungswelle). <u>Zu Abs. 2 :</u> Die Frist ist von 6 auf 4 Wochen zu kürzen.
Art. 28a <u>Gefahrsminderung</u>	S. Bemerkungen oben zu Art. 27 „Generell“. Keine prämienrelevante Gefahrsminderung ist z.B. das Aufhören mit dem Rauchen, das Einlösen eines Fitnessabonnements etc.
Art. 35 Anpassung der Versicherungsbedingungen 1 Eine Vertragsbestimmung, wonach das Versicherungsunternehmen die Versicherungsbedingungen einseitig anpassen kann, ist nichtig, soweit es sich	<u>Generell:</u> Die Änderung dieser Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages! Zudem verunmöglicht sie auch Verbesserungen <u>zugunsten</u> des Versicherungsnehmers!

nicht um Versicherungen von beruflichen oder gewerblichen Risiken handelt. 2 Vorbehalten bleibt das vertraglich vereinbarte Recht des Versicherungsunternehmens, die Prämie anzupassen. 1 Eine Vertragsbestimmung, wonach das Versicherungsunternehmen die Versicherungsbedingungen einseitig anpassen kann, ist nichtig, soweit es sich nicht um Versicherungen von beruflichen oder gewerblichen Risiken handelt. <i>"Vorbehalten bleiben das vertraglich vereinbarte Recht des Versicherers, die Prämie, sowie im Vertrag explizit vereinbarte variable Versicherungsbestandteile, anzupassen."</i> <u>und/oder in Abs. 2</u> 2 Est réservé le droit contractuel de l'entreprise d'assurance de modifier la prime ainsi que, dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire, toute clause qui prévoit une modification proportionnée et justifiée de l'étendue des prestations, notamment l'adaptation unilatérale de listes de prestataires ou de thérapies admises.	<u>Zudem:</u> Die Möglichkeiten zur Anpassung von bestehenden Verträgen respektive Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind bereits jetzt sehr limitiert. Hat man jedoch unkündbare Verträge wie in der <u>Krankenzusatzversicherung</u>, gibt es im Laufe der Zeit regelmässig einen gewissen Anpassungsbedarf, zum Beispiel weil Änderungen in der Grundversicherung dazu führen, dass eine bestehende Zusatzversicherungsdeckung in der bisherigen Form keinen Sinn mehr macht (Anpassungen z.B. bei der Entwicklung der modernen Medizin und Änderung von Leistungsbestimmungen im KVG, die Auswirkungen auf VVG-Zusatzversicherungen haben). Der Versicherungsnehmer jedoch bekommt als Gegenleistung die Möglichkeit der Kündigung. In den Zusatzversicherungen wird teilweise auf Listen verwiesen, z.B. von Kuranstalten oder Zusammenarbeit mit bestimmten Leistungserbringern. Es muss sichergestellt werden, dass derartige Listen nicht von Art. 35 VE-VVG betroffen sind, ansonsten die Zusatzversicherungen nicht mehr praktikabel sind. Solche Anpassungen/Präzisierungen müssen unbedingt auch in Zukunft möglich bleiben insbesondere zugunsten des Versicherungsnehmers. In der Praxis waren bisher nicht nur die klassischen Prämienänderungsklauseln, sondern auch beschränkte Leistungsänderungsklauseln zugelassen, jedenfalls wenn es sich um nachträglich abänderbare Listen von Therapien/Therapeuten in der Alternativmedizin oder um Spitalisten gehandelt hat, über deren Existenz der Versicherte bei Vertragsabschluss Kenntnis hatte. Es ist sehr wichtig, dass diese Möglichkeit weiter besteht. Im Übrigen ist fraglich, ob solche „lebenslänglichen“ Verträge mit Blick auf Art. 27 ZGB überhaupt gestattet sind. Falls Art. 35 trotzdem bestehen bleiben soll, dann ist <u>zwingend eine Ergänzung der Bestimmung vorzunehmen, welche es dem Versicherungsunternehmen erlaubt, Präzisierungen und Änderungen zumindest zugunsten des Versicherungsnehmers vorzunehmen</u> (s. Vorschlag unter Abs. 1 oder 2 nebenan).
Art. 35a Ordentliche Kündigung 1 Der Vertrag kann, auch wenn er für eine längere Dauer vereinbart wurde, auf das Ende des fünften dritten oder	<u>Zu Abs. 1 :</u> Diese neue Bestimmung sieht vor, dass Verträge auf das Ende des dritten und danach jedes darauf folgenden Jahres kündbar sein müssen. Diese gesetzliche Neuregelung schränkt die Vertragsfreiheit und die Position der Versicherer massiv

jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt werden. 4 In der Heilungskostenzusatzversicherung Krankenversicherung steht das ordentliche Kündigungsrecht nur dem Versicherungsnehmer zu.	ein, weshalb wir uns dagegen aussprechen. Eine fünfjährige Vertragsdauer ist auch für die Versicherten klar vertretbar. <u>Zu Abs. 4:</u> In der Krankenversicherung steht das ordentliche Kündigungsrecht nur dem Versicherungsnehmer zu. Dies ist bezüglich Heilungskostenzusatzversicherungen unbestritten. So ist in Art. 35a Abs. 4 und Art. 35c Abs. 2a VE-VVG die Rede von "Krankenversicherung". Gemäss erläuterndem Bericht sind damit die in Art. 35aVE_VVG die Krankenzusatzversicherungen gemeint; in Art. 35c wird spezifisch von Erwerbsausfall bzw. Taggeldversicherung gesprochen. Hier und im gesamten Entwurf VE-VVG ist besser zu definieren was unter "Krankenversicherung" verstanden wird. In Art. 2a VE-VVG beispielsweise spricht man von Kollektiv-Personenversicherung. Wir gehen vorliegend davon aus, dass Kollektiv-Krankentaggeldversicherungen nicht dazu gehören. Hier ist bisher ein Kündigungsrecht des Versicherers möglich. Es drängt sich deshalb eine Präzisierung von Abs. 4 auf (s. nebenan).
Art. 35c <u>Nachhaftung</u> 1 Ansprüche aus dem Vertrag können bis zu fünf Jahre nach dessen Beendigung entstehen, wenn sich die versicherte Gefahr noch während der Laufzeit des Vertrags verwirklicht, der daraus entstehende Schaden aber erst nach Beendigung des Vertrags eintritt. 2 Vorbehalten bleibt: a. die Krankenversicherung im Falle des Versicherungswechsels, soweit unter den betroffenen Versicherungsunternehmen das Behandlungsprinzip gilt; b. die Haftpflichtversicherung, bei welcher die während der Vertragsdauer geltend gemachten Ansprüche versichert sind (Anspruchserhebungsprinzip).	<u>Generell :</u> Diese Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages! Dans l'assurance-maladie et l'assurance d'indemnités journalières, il est difficile voire impossible de déterminer à quel moment précis le sinistre, soit en l'espèce la maladie, s'est produit. En effet, une maladie n'est pas, comme un accident, un événement précis et unique dans le temps, mais s'étale souvent sur une certaine période et n'a pas de point de départ précis. C'est la raison pour laquelle, en assurance-maladie, le moment déterminant pour définir le droit aux prestations est la date de traitement (Datum der Behandlung) et non pas la date de la survenance du sinistre. Par ailleurs, en matière d'assurance indemnités journalières, les assureurs-maladie ont signés entre eux une convention (Freizügigkeitsabkommen FZA) qui prévoit la reprise des cas en cours et non encore terminés par le nouvel assureur. Schon alleine mit Blick auf das FZA ist die vorgeschlagene Bestimmung von Art. 35c widersprüchlich. En outre, force est de constater que la mise en oeuvre d'une telle disposition entraînerait

	non seulement une surcharge administrative non négligeable pour les assureurs-maladie, mais probablement aussi plus de litiges. Weiter ist eine Nachhaftung in denjenigen Fällen als stossend zu beurteilen, in denen der Vertrag wegen Prämienzahlungsverzugs aufgehoben wird. Weiter stellt sich die Frage, was geschieht, wenn ein Nachversicherer, der zwar ebenfalls das Behandlungsprinzip kennt, einen Ausschluss macht für ein Leiden, das beim früheren Versicherer eingetreten ist. Es stellt sich die Frage, ob dann die Nachhaftung für dieses spezifische Leiden trotzdem gilt. Falls ja, könnten in der Schadenabwicklung Probleme entstehen, wenn beispielsweise jemand einen Leistungserbringer wegen verschiedenen Leiden gleichzeitig konsultiert (Splitting der Rechnung nötig). Im Übrigen ist die Frage, was geschieht, wenn der Wechsel zu einem anderen Versicherer nicht nahtlos erfolgt. Zudem fehlen Ausführungen zu den wirtschaftlichen Auswirkungen dieser Bestimmung und es muss davon ausgegangen werden, dass die Krankenversicherer diesen Umstand bei der Prämienberechnung (zuungunsten des Versicherungsnehmers weil teurer) berücksichtigen werden.
Art. 35d <u>Hängige Versicherungsfälle</u> Vertragsbestimmungen, die einen Versicherer berechnen, bei Beendigung des Vertrags nach Eintritt des befürchteten Ereignisses bestehende periodische Leistungsverpflichtungen als Folge von Krankheit oder Unfall bezüglich Dauer oder Umfang einseitig zu beschränken oder aufzuheben, sind nichtig.	Art. 35d widerspricht dem Rückweisungsbeschluss des Parlamentes, der klar festhält, dass im Rahmen einer Teilrevision des VVG unnötige Eingriffe in die Vertragsfreiheit zu vermeiden sind. Weiter wird gemäss erläuterndem Bericht (Seite 36) mit Art. 35d ein Urteil des Bundesgerichtes (BGE 135 III 225) umgesetzt. Dabei wird übersehen, dass das Bundesgericht im fraglichen Entscheid keineswegs Vertragsbestimmungen, wie sie nun durch Art. 35d für nichtig erklärt werden sollen, für ungültig erklärt hat. Das Bundesgericht hat sich vielmehr mit der Auslegung einer solchen Vertragsbestimmung befasst und festgehalten, sie sei im zu beurteilenden konkreten Fall in den Vertragsbestimmungen am falschen Ort verankert worden und sei deshalb <i>ungewöhnlich</i>. Es lässt sich nicht rechtfertigen, durch die falsche Interpretation eines Bundesgerichtsurteils eine unnötige Bestimmung im VVG zu verankern, die in derart gravierender Art und Weise in die Vertragsfreiheit eingreift.

Art. 38 <u>Anzeigepflicht nach Eintritt des befürchteten Ereignisses</u> 1bis Ist im Vertrag das Einreichen der Schadenanzeige eine bestimmte Frist vorgesehen, so muss diese angemessen sein.	<u>Zu Abs. 1bis:</u> Diese Bestimmung ist nicht notwendig und gilt sowieso. Zudem sind gemäss parlamentarischem Auftrag generell anerkannte, nicht auslegungsbedürftige Begriffe zu verwenden. Die Bestimmung von Art. 1bis verwendet jedoch gerade einen solchen auslegungsbedürftigen und unklaren Begriff (angemessen) und verstösst somit gegen den parlamentarischen Rückweisungsbeschluss.
Art. 42 <u>Teilschaden</u> 3 Dem Versicherer bleibt der Anspruch auf die Prämie für die laufende Versicherungsperiode gewahrt, falls der Versicherungsnehmer den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.	Die Aufhebung von Abs. 3 ist rückgängig zu machen. Vgl. die Bemerkungen zu vorne Art. 24 lit. g (Teilbarkeit, wo auf Art. 42 Abs. 3 verwiesen wird).
Art. 45 <u>Vertragsverletzung</u> oder b. keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistungen gehabt hat.	<u>Abs. 1 lit. b</u> Die Krankenversicherer lehnen diese Bestimmung ab. Sie ist zu streichen. En effet, avec une telle réserve, l'assuré n'aura plus aucun intérêt à respecter ses incombances si elles n'ont aucune incidence sur le sinistre. Or, en matière d'assurance-maladie, l'assuré doit respecter un certain nombre de règles, par exemple consulter un prestataire qui figure sur une liste, qui n'ont pas d'influence sur la maladie ni sur la nécessité de consulter un thérapeute, mais qui sont pourtant essentielles du point de vue de l'assureur, notamment dans un but de maîtrise des coûts. Ainsi, de la même manière que la LAMal ne connaît pas le principe de substitution des prestations, nous pensons qu'il doit en être de même en assurance-maladie complémentaire. Da zudem das Versicherungsunternehmen eine Schadenersatzforderung geltend macht, muss es die Voraussetzungen, wozu auch die Kausalität gehört, bewei-

	sen. Diese Regelung kehrt die Beweisspflicht zum Nachteil der Versicherungsunternehmen. Der Schutz des Versicherten, der eine ihm bekannte Obliegenheit verletzt, geht unverhältnismässig zu weit und ist in dieser Form nicht sachgerecht. Ausserdem ist nicht klar, was mit „keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistungen“ gemeint ist. Formale Obliegenheiten müssen weiterhin möglich sein.
Art. 46b <u>Mehrfachversicherung</u> 2 Hat der Versicherungsnehmer beim Abschluss des später abgeschlossenen Vertrags keine Kenntnis vom Entstehen einer Mehrfachversicherung, so kann er diesen Vertrag innert vier Wochen seit der Entdeckung der Mehrfachversicherung schriftlich kündigen.	<u>Generell:</u> Diese Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages. Weiter sind die Interessen des Versicherungsnehmers im Gegensatz zu den Interessen des Versicherungsunternehmens mit dieser Bestimmung arg im Ungleichgewicht. Die vorliegende Revision baut bereits die Informationspflicht des Versicherungsunternehmens massiv aus. Zudem wird das Widerrufsrecht zugunsten des Versicherungsnehmers eingebaut. Mit der vorliegenden Bestimmung wird der Versicherungsnehmer beinahe schon als „unmündig“ angeschaut und seine Eigenverantwortung entzogen. Ein Versicherungsnehmer sollte wissen, wieviele Versicherungen er abgeschlossen hat. Il sera alors extrêmement difficile pour l'assureur de prouver que le preneur avait connaissance de l'assurance multiple. Zudem gehen wir davon aus, dass diese Bestimmung ausschliesslich für die Schadensversicherung anwendbar ist und nicht auf die Summenversicherung. Gemäss der nun vorliegenden Gesetzessystematik und aus Leistungssicht findet die Bestimmung neu auf beide Versicherungsarten anwendbar, was nicht sein kann! Les différents produits offerts sur le marché de l'assurance-maladie complémentaire sont souvent difficilement comparables dans leur ensemble et comprennent des prestations différentes en fonction de l'assureur choisi. De ce fait, la notion même d'assurance multiple sera difficile à juger dans le domaine, raison pour laquelle le droit de résiliation associé sera également sujet à interprétation.
Art. 74 <u>Versicherung auf fremdes Leben</u>	<u>Generell:</u> Diese Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages.

1 Die Versicherung auf den Tod einer anderen Person bedarf deren Zustimmung, jede Änderung der Begünstigung deren Genehmigung. Beides hat schriftlich zu erfolgen.	<u>Zu Art. 74 Abs. 1 :</u> Art. 74 Abs. 1 beschränkt die Freiheit des Versicherungsnehmers. Die Bestimmung, dass der Abschluss der Versicherung auf den Tod einer anderen Person deren Zustimmung bedarf, ist unbestritten und Bestandteil der bestehenden Regelung im VVG. Dagegen ist die neu vorgesehene Bestimmung, dass die Änderung (auch Erstellung) der Begünstigung bei einer solchen Versicherung der Genehmigung durch die versicherte Person bedarf, nicht einsehbar. Im Erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage fehlt eine entsprechende Begründung. Die vorgesehene Änderung hätte für das Versicherungsunternehmen einen erheblichen Mehraufwand zur Folge. Zudem besteht die Gefahr einer Rechtsunsicherheit, ob eine Begünstigung gültig ist, die vom Versicherungsnehmer errichtet worden ist von der versicherten Person aber (noch) nicht genehmigt worden ist. Zu beachten ist auch, dass mit der vorgesehenen Änderung das höchstpersönliche Recht des Versicherungsnehmers auf Errichtung/Änderung der Begünstigung in der Säule 3 unnötigerweise beeinträchtigt würde.
<u>Art. 75 Gegenstand der Versicherung</u> 1 Wegen unrichtiger Angabe des Alters kann der Versicherer nur dann vom Vertrage zurücktreten, wenn das wirkliche Alter beim Eintritte ausserhalb der von ihm festgestellten Aufnahmegrenzen liegt. 2 Liegt dagegen das Eintrittsalter innerhalb dieser Grenzen, so gelten folgende Bestimmungen: 1. Ist infolge unrichtiger Angabe des Alters eine niedrigere Prämie entrichtet worden, als auf Grund des richtigen Eintrittsalters hätte bezahlt werden müssen, so ist die Gegenleistung des Versicherers im Verhältnisse der vereinbarten Prämie zu der Tarifprämie des richtigen Eintrittsalters herabzusetzen. Hat der Versicherer bereits erfüllt, so ist er berechtigt, den Betrag, den er nach dieser Berechnungsweise zu viel bezahlt hat, samt Zins zurückzufordern. 2. Ist infolge unrichtiger Angabe des Alters eine höhere Prämie entrichtet worden, als auf Grund des richtigen Ein-	<u>Generell:</u> Die Aufhebung dieser Bestimmung steht ausserhalb des parlamentarischen Rückweisungsauftrages. Art. 75 ist beizubehalten. La suppression de règles claires pour régler une situation particulière, au motif que celle-ci survient rarement en pratique, n'est pas adéquat, compte tenu de l'importance que revêt le critère de l'âge pour le calcul de la prime dans l'assurance de personne.

trittsalters hätte bezahlt werden müssen, so ist der Versicherer verpflichtet, die Differenz zwischen dem vorhandenen und dem für das richtige Eintrittsalter notwendigen Deckungskapital zurückzuerstatten. Künftige Prämien sind nach Massgabe des richtigen Eintrittsalters herabzusetzen. 3. Den in den Ziffern 1 und 2 dieses Artikels vorgesehenen Berechnungen sind die Tarife zugrunde zu legen, die zur Zeit des Vertragsabschlusses gegolten haben.	
Art. 95c <u>Koordination</u> Leistungen aus Schadenversicherungen sind mit anderen schadenausgleichenden Leistungen nicht kumulierbar.	<u>Zu Abs. 1:</u> Abs. 1 gehört nicht unter den Titel „Regressrecht“, da er per se nichts damit zu tun hat. Er gehört jedoch klar in den 5. Abschnitt „Koordination“, z.B. als neu Art. 95c, wodurch der vorgeschlagene Art. 95c zu neu Art. 95d würde.
Art. 95dc <u>Regressrecht des Versicherungsunternehmens</u> 1 Leistungen aus Schadenversicherungen sind mit anderen schadenausgleichenden Leistungen nicht kumulierbar. 12 Im Umfang und zum Zeitpunkt seiner Leistung tritt das Versicherungsunternehmen für die von ihm gedeckten gleichartigen Schadensposten in die Rechte des Versicherten ein. 23 Die Bestimmung nach Absatz 2 findet keine Anwendung, wenn der Schaden durch eine Person leichtfahrlässig herbeigeführt worden ist, die in einer engen Beziehung zum Versicherten steht. In einer engen Beziehung stehen namentlich Personen, die: a. in einer häuslichen Gemeinschaft leben;	S. Bemerkungen oben unter Art. 95c. <u>Zu Abs. 1:</u> S. Bemerkungen oben unter Art. 95c. <u>Zu neu Abs. 2 (verschoben von 3):</u> Die Annäherung der privatversicherungsrechtlichen Koordination an die sozialversicherungsrechtliche Koordination ist aus Sicht der Krankenversicherer sehr zu begrüssen. Während es unter dem heutigen Recht immer wieder zu Ungereimtheiten und unterschiedlichen Abläufen kommt, wenn eine durch Fremdverschulden verunfallte oder erkrankte Person z.B. auf der privaten Abteilung eines Spitals

	an rückwirkend anwendbare Neuregelungen / neue Leistungen und voraussichtlich Prämienenerhöhung für Bestandskunden). ☐ <u>Neue Verträge (Abschluss nach Inkrafttreten des revidierten VVG):</u> Es sollte eine an-gemessene Übergangsfrist von mindestens zwei Jahren vorgesehen werden.
--	---

Freundliche Grüsse
santésuisse
 Direktion



Verena Nold
 Direktorin

Rechtsdienst



Isabel Kohler Muster, lic. iur., Fürsprecherin
 Leiterin Rechtsdienst santésuisse-Gruppe

Département fédéral des finances
Service juridique du DFF
Bernerhof
3003 Berne

Par courriel à:
regulierung@gs-efd.admin.ch

RR/jsa

312

Berne, le 21 octobre 2016

Prise de position de la Fédération Suisse des Avocats dans la consultation sur la révision de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)

Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames, Messieurs,

La Fédération Suisse des Avocats (FSA-SAV) vous remercie de la procédure de consultation susmentionnée et vous prie de bien vouloir prendre en compte les remarques de sa commission de consultation sur le projet de révision.

1. Mode de communication (art. 2a al. 1, 3 al. 3, 4, 20 al. 1, 28 al. 1, 44, 46b al. 1, 54, 95 Révision LCA 2016)

La FSA note que, de manière quasi systématique, le projet de révision assimile à la forme écrite tout autre moyen de communication permettant d'établir la preuve par un texte. Selon le rapport explicatif du Département fédéral des finances (DFF) du 6 juillet 2016, cette modification s'appuie sur les dispositions du Code de procédure civile (CPC), de la Loi fédérale sur le droit international privé (LDIP) et sur l'art. 40d al. 1 du Code des obligations (CO). Les autres moyens prévus par la loi englobent non seulement les documents écrits classiques, mais également les fax (même ceux ne comportant aucune signature ou ayant été rédigés directement à l'ordinateur), les courriers créés automatiquement, les courriels, les télégrammes et les SMS (rapport explicatif, p. 9).

Si le souci de prendre en considération les moyens de communication modernes est compréhensible, l'alternative proposée à la forme écrite dans le projet mis en consultation est de nature à créer une source d'incertitude préjudiciable aux intérêts tant des assurés que des entreprises d'assurances. Le renvoi à l'art. 40d CO n'est, à cet égard, pas pertinent dès lors qu'on ne saurait assimiler tout contrat d'assurance à un contrat conclu ensuite d'un démarchage à domicile. A cela s'ajoute que la portée d'un contrat d'assurance est, par nature, très différente selon le type d'assurance, l'étendue des prestations, le risque assuré, le groupe de personnes touchées. Que la révocation d'un tel contrat (art. 2a Révision LCA 2016), les questions que

l'entreprise d'assurances entend poser au preneur et les réponses qu'elle attend de ce dernier (art. 4 Révision LCA 2016), les conséquences liées au défaut de paiement de primes (art. 20 Révision LCA 2016), l'annonce de l'aggravation du risque (art. 28 Révision LCA 2016) puissent être communiquées à l'une des parties par SMS comportent des risques juridiques majeurs. Les conséquences liées à une telle communication peuvent être très lourdes ; or, la preuve que la communication aura bien été faite risque de susciter des difficultés particulières, qui ne pourront être réglées que devant les tribunaux.

A cela s'ajoute que le régime prévu par les articles 40d et 40e CO est différent de celui qui est retenu dans le projet de révision. L'art. 40d al. 1 CO impose au fournisseur d'informer, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte, l'acquéreur de son droit de révocation. Si la révocation elle-même n'est soumise à aucune forme, l'art. 40e al. 1 CO rend l'acquéreur attentif au fait que la preuve qu'elle a eu lieu dans les délais lui incombe, ce que ne dit pas le projet de modification de la LCA. En d'autres termes, si l'on entend permettre à l'une ou l'autre des parties d'user d'autres moyens que la forme écrite, il importe d'indiquer clairement que la preuve que cette communication aura été faite lui incombera.

La FSA serait d'avis que, dans un domaine où la sécurité du droit doit absolument prévaloir, la forme écrite soit maintenue.

2. Art. 3 al. 1

La FSA est d'avis que l'entreprise d'assurances devrait aussi renseigner le preneur sur la possibilité qui lui est donnée de recourir à l'Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA. Par ailleurs, la FSA renvoie à la remarque faite sous l'art. 28 Révision LCA 2016.

3. Abrogation de l'art. 22 al. 1 LCA

Le rapport explicatif indique que cette abrogation est due au fait que l'art. 22 al. 1 LCA coïncide avec la réglementation prévue à l'art. 74 al. 2 ch. 1 CO (rapport explicatif, p. 28). Or, l'art. 22 al. 1 LCA comporte une particularité que ne connaît pas l'art. 74 al. 2 ch. 1 CO : la prime est payable, pour l'assureur étranger, au siège qu'il entretient pour l'ensemble de ses affaires suisses lorsque l'assureur n'a pas désigné au preneur d'assurance un autre lieu de paiement en Suisse. On ne voit pas la raison pour laquelle cette facilité offerte au preneur doit disparaître.

4. Abrogation de l'art. 22 al. 2 LCA et 20 al. 2 Révision LCA 2016

Dès le moment où, et cela est compréhensible, le principe de la prime quérable est supprimé, la question se pose si l'art. 20 al. 2 LCA a encore un sens.

5. Art. 28 Révision LCA 2016

Les obligations faites au preneur d'assurance d'annoncer toute aggravation essentielle du risque, ainsi que les conséquences d'une éventuelle omission, devraient faire l'objet de l'obligation d'information au sens de l'art. 3 al. 1 LCA.

6. Abrogation de l'art. 34 LCA 2016

Le rapport explicatif indique que l'art. 34 LCA répète uniquement la teneur de l'art. 101 CO et qu'il peut donc être abrogé (rapport explicatif, p. 31). L'art. 34 LCA présente toutefois l'avantage de

dire, clairement, que l'assureur répond des actes de son **intermédiaire** comme de ses propres actes. L'art. 101 CO ne parle que des auxiliaires, de sorte qu'il appartiendrait désormais à la pratique de déterminer si tel agent ou tel courtier doit être considéré comme un auxiliaire de l'entreprise d'assurances. L'art. 70 du projet de révision totale de la LCA avait d'ailleurs, et cela était une bonne chose, réglé de manière très exhaustive la responsabilité de l'intermédiaire. La FSA suggère que cette règle soit reprise dans le projet de révision actuel.

7. Art. 35a al. 3 Révision LCA 2016

La FSA s'interroge sur les raisons pour lesquelles un troisième pilier B ne doit pas être traité comme l'assurance sur la vie.

8. Art. 35b Révision LCA 2016

Le message du Conseil fédéral devrait préciser que l'omission d'annoncer l'aggravation essentielle du risque au sens de l'art. 28 Révision LCA 2016 ne saurait constituer un juste motif de résiliation extraordinaire.

9. Art 36 Révision LCA 2016

Cette disposition permet au preneur de résilier le contrat si l'entreprise d'assurances perd son agrément. La FSA pose la question de savoir comment, dans une telle hypothèse, le preneur peut avoir la garantie que son contrat sera repris, aux mêmes conditions, par une autre entreprise d'assurances. Le fait que l'autorité de surveillance doive régler les modalités de la poursuite des contrats d'assurance non résiliés (rapport explicatif, p. 34), ne répond pas à l'attente du preneur, qui n'est absolument pas responsable du fait que l'entreprise n'est plus autorisée à pratiquer.

10. Art. 46 Révision LCA 2016

L'innovation est, aux yeux de la FSA, fort heureuse. En revanche, la question de l'application de l'augmentation du délai de prescription à 5 ans aux contrats en cours n'est pas réglée. Elle propose que, par une disposition transitoire, la règle de l'art. 46 Révision LCA 2016 soit applicable aux contrats en cours comme, par exemple, le législateur a fixé la plupart des régimes transitoires suite aux modifications du CO.

11. Art. 60a al. 3 Révision LCA 2016

La FSA ne comprend pas l'intérêt de l'exclusion du droit d'action directe pour les contrats d'assurance responsabilité civile non obligatoires couvrant les dommages purement économiques. Les arguments avancés dans le rapport explicatif, selon lesquels une protection particulière de la personne lésée serait surtout justifiée pour les dommages corporels et matériels, ne lui paraissent pas convaincants pour qu'on exclue, pour le lésé, la faculté d'aborder directement l'entreprise d'assurances qui couvre les dommages purement économiques.

12. Art. 95c al. 1 Révision LCA 2016

Cette disposition ne concerne pas le recours de l'entreprise d'assurances mais la question de la surindemnisation. Par ailleurs, l'utilisation du terme « *prestations indemnitaires* » est sujet à caution. Entend-on, par-là, les prestations versées par les assurances sociales ? Le rapport

explicatif ne semble pas le prévoir. A-t-on au contraire pensé au fait que le lésé dispose, pour son dommage corporel et matériel, d'un droit d'action directe contre l'assureur responsabilité civile ? Le message devrait apporter des éclaircissements à ce sujet.

La Fédération Suisse des Avocats vous remercie de prendre en compte ses remarques et vous prie d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, l'expression de sa considération distinguée.

Président FSA
Sergio Giacomini



Secrétaire général FSA
René Rall



Per E-Mail an:
regulierung@gs-efd.admin.ch

EFD
Herrn Bundesrat Ueli Maurer
Bundesgasse 3
3003 Bern

Rodersdorf, 27. Oktober 2016

Revision des Versicherungsvertragsgesetzes; Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht (SGHVR) bedankt sich für die Möglichkeit, sich im Rahmen der Vernehmlassung zum oben erwähnten Revisionsvorhaben äussern zu können. Entsprechend der Ausrichtung unserer Gesellschaft gilt unser primäres Interesse der wissenschaftlichen Durchdringung der geregelten Materie.

I. Grundsätzliche Bemerkungen

Wir haben uns vor sieben Jahren grundsätzlich positiv zur damals geplanten Totalrevision der Revision des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag geäussert. Entsprechend positiv stehen wir heute auch der vorgeschlagenen Teilrevision gegenüber. Dass die Teilrevision dem Rückweisungsantrag des Parlaments Rechnung tragen muss, versteht sich von selbst.

Der Rückweisungsentscheid beinhaltet nun aber selbstredend einen grossen Ermessensspielraum. Unsere folgenden Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen machen deutlich, dass der vorliegende Entwurf diesen Spielraum in unseren Augen nicht immer optimal ausgenutzt hat. Manchmal vermissen wir auch die nötige Sorgfalt bei der Erläuterung der einzelnen Bestimmungen. Regelt die Teilrevision die gleiche Frage wie die Totalrevision, sollte nicht

ohne Not und überzeugende Begründung von den Vorschlägen der Totalrevision abgewichen werden. Dies würde die spätere Rechtsanwendung wesentlich vereinfachen.

Wir begrüßen auch die vorgeschlagenen Eingriffe in die Systematik des heutigen VVG. Diese bieten Gewähr dafür, strittige Punkte im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu ändern, ohne die Vorlage als Ganzes zu gefährden. Einverstanden sind wir auch mit den vorgeschlagenen terminologischen Anpassungen.

Wenn Klarheit über den Inhalt der Vorlage besteht, bleibt die Frage nach Übergangsbestimmungen zu prüfen.

Wir gehen davon aus, dass der Bundesrat die strittigen Punkte in seiner Botschaft an das Parlament bereinigt.

III. Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen

Art. 3

Wir begrüßen die Erweiterung der Informationspflichten. In der Praxis bedeutungsvoll ist vor allem die Pflicht, über die Rechtsnatur (Schaden- oder Summenversicherung) der einzelnen Versicherungsleistungen zu informieren (Abs. 1 Bst. b), wobei wir der Meinung sind, dass diese Pflicht eigentlich schon nach geltendem Recht besteht. Um Missverständnissen vorzubeugen, empfehlen wir, in der Botschaft darauf hinzuweisen, dass diese Qualifikation auf der Ebene der einzelnen Versicherungsleistungen und nicht auf jener der Police zu erfolgen hat.

Dem Vorschlag, wonach der Arbeitgeber die Arbeitnehmer über den wesentlichen Inhalt des Vertrags zu informieren hat (Abs. 3), stehen wir skeptisch gegenüber. Zwar wird dadurch das Versicherungsunternehmen entlastet; der Arbeitnehmer bleibt hingegen praktisch schutzlos, wenn der Arbeitgeber seiner Informationspflicht nicht nachkommt. Nochmals zu prüfen bleibt daher die Lösung in Art. 71 Abs. 1 KVG, wonach die Informationspflicht den Krankenversicherer trifft und der Versicherte kollektiv versichert bleibt, wenn er von diesem nicht korrekt aufgeklärt wird.

Die Erweiterung der Informationspflichten ist u.a. auch deshalb von Bedeutung, weil – zumindest nach dem aktuellen Vorschlag des Ständerates – die Versicherer vom Geltungsbereich des FIDLEG ausgenommen werden sollen.

Art. 4

Angedacht war die Abschaffung der im Publikum unbekannten Nachmeldepflicht. Massgebend für die Beurteilung der Vollständigkeit bzw. Korrektheit der Gefahrdeklaration soll neu der Zeitpunkt dieser Deklaration (in der Regel also bei Unterzeichnung des Antrages) und nicht mehr jener des Vertragsabschlusses sein. Diese Änderung des massgebenden Zeitpunktes bildet der Entwurf bei der Bestimmung über die Gefahrerhöhung, nicht aber bei jener zur Anzeigepflicht ab. In diesem Sinne sollte Art. 4 korrigiert werden. Will man auf diesen Systemwechsel verzichten, so schlagen wir vor, dass eine Bestimmung ins Gesetz aufgenommen wird, wonach der Versicherer verpflichtet wird, auf jedem Antragsformular klar und deutlich auf die Nachmeldepflicht hinzuweisen.

Art. 6

Die Beschränkung der Leistungsbefreiung des Versicherers auf jenen Teil des Schadens, der adäquat-kausal auf die Verwirklichung der nicht oder falsch deklarierten Gefahrtatsache zurückzuführen ist, erscheint als ein Gebot der Vertragsgerechtigkeit dar. Der Versicherer muss die Gefahr in dem Umfange tragen, indem er sie übernommen hat (und in diesem Umfange auch Prämien bezogen hat). Während man bei der letzten Teilrevision zu Recht das "Alles-oder Nichts-Prinzip" abgeschafft hat, erfolgt jetzt faktisch eine Gleichstellung der Anzeigepflichtverletzung mit anderen Vertragsverletzungen. Das gegen die Beschränkung der Leistungsbefreiung vorgebrachte Argument, dass damit die Hemmschwelle, falsche Angaben zu machen, gesenkt würde, vermag nicht zu überzeugen. Was beseitigt wird, ist die mit der bisherigen Regelung verbundene Pönalisierung, die zugegebenermassen den Druck, korrekte Angaben zu machen, erhöht. Ob man diese abschaffen will, muss letztlich politisch entschieden werden.

Art. 24

In der Sache vermag uns der Vorschlag nicht restlos zu überzeugen. Mit dem Wegfall des versicherten Risikos verliert der Versicherungsvertrag seine "raison d'être". Ab diesem Zeitpunkt besteht damit keine Grundlage mehr dafür, dass der Versicherungsnehmer eine Prämie schuldet. Entsprechend sollte der Versicherungsnehmer die Prämie auch nur bis zu diesem Zeitpunkt (pro rata temporis) bezahlen müssen. Das Festhalten an Art. 24 Abs. 2 1. Satz bringt

eine unnötige Verkomplizierung der Rechtslage und diskriminiert jenen Versicherungsnehmer, der das Opfer eines Totalschadens wird.

Art. 28a

Mit der Neuordnung der Regelung der Gefahrveränderung sollen Gefahrerhöhung und -verminderung als spiegelbildlich konzipierte Tatbestände ausgestaltet werden. Wenn der Versicherer das Recht hat, nach einer Gefahrerhöhung den Vertrag zu kündigen, weil ihm das Risiko als zu gross erscheint, muss umgekehrt der Versicherungsnehmer nach einer Gefahrverminderung die Police ebenfalls kündigen können, weil er sich in der Lage sieht, das verringerte Risiko selbst zu tragen. In diesem Sinne begrüssen wir die vorgeschlagene Regelung.

Art. 35

In der Stossrichtung ist die vorgeschlagene Einschränkung der Vertragsfreiheit zu begrüssen; sie dürfte in der vorgeschlagenen Form aber über das Ziel hinausschiessen und nur schwer mit den übrigen Regeln des Vertragsrechts in Einklang zu bringen sein. Auszugehen ist vom Grundsatz, dass ein Vertrag nur dann zustande kommt, wenn über die essentialia negotii Einigkeit besteht. Möglich sind einseitige Vertragsanpassungen damit zum vorneherein nur hinsichtlich von Nebenpunkten. Ob man eine Anpassung von Nebenpunkten im Kontext von Konsumentenverträgen verbietet und in der Folge für nichtig erklärt, muss rechtspolitisch entschieden werden. Unseres Erachtens drängt sich Solches zumindest so lange nicht auf, als man dem Versicherungsunternehmen das Recht belässt, die Prämien anzupassen. Überzeugender als ein generelles Verbot, Versicherungsbedingungen anzupassen, scheint uns, dem Versicherungsnehmer im Fall von Vertragsanpassungen das Recht zuzugestehen, den Vertrag (ausserordentlich) zu kündigen.

Wir erinnern beispielsweise daran, dass vor nicht allzu langer Zeit alle Verträge in der Privathaftpflichtversicherung wegen des Wegfalls der Velovignette bzw. des Versicherungsobligatoriums angepasst werden mussten. Diese Möglichkeit sollte nicht entfallen; sie entspricht einem Bedürfnis der Praxis und liegt auch im Interesse der Versicherten.

Die Bestimmung wirft weitere Fragen auf. Namentlich ist unklar, was es mit den beruflichen oder gewerblichen Risiken auf sich hat. Folgt man den Erläuterungen (S. 33), so dient die Bestimmung dem Konsumentenschutz. Vom Wortlaut der Bestimmung her ist dies nicht evident.

Um Rechtssicherheit herzustellen, ist im Gesetz klarzustellen, was unter beruflichen oder gewerblichen Risiken zu verstehen ist, bzw. ob tatsächlich eine Anknüpfung an den versicherten Risiken oder nicht eher – wie im europäischen Recht üblich – an der Person des Versicherungsnehmers angeknüpft wird. Dieser kann eine Versicherung zu einem privaten oder familiären Zweck abschliessen oder damit ein gewerbliches oder berufliches Anliegen verfolgen. Ferner spricht Art. 35 von Versicherungsbedingungen, während im Begleitbericht von allgemeinen Geschäftsbedingungen die Rede ist. Auch diesbezüglich tut Erklärung Not. Ungeklärt ist schliesslich, in welchem Verhältnis die Bestimmung zu Art. 8 UWG steht. Dabei geht es nicht nur um die Tatbestandsmässigkeit, sondern auch um die Rechtsfolgen. Der (bescheidene) Schutz, den diese Bestimmung der schwächeren Vertragspartei bietet, darf durch Art. 35 auf keinen Fall in Frage gestellt werden.

Art. 35a

Der Ausschluss jeder (ordentlichen) Kündigungsmöglichkeit durch den Versicherer in Abs. 4 weckt im Kontext einer auf Freiwilligkeit beruhenden Versicherung Bedenken und kommt deshalb nur als ultima ratio in Frage. Erst Recht gilt dies, wenn es den Versicherungsunternehmen verwehrt ist, laufende Verträge anzupassen. Soweit man mit einem "Kündigungsverbot" Missbräuchen zuvorkommen will, sind diese zu benennen.

Art. 35c

Bei Stufengefahren gibt es immer wieder Probleme beim Wechsel des Versicherers. Hat sich das Primärereignis während der Vertragsdauer, das Folgeereignis aber erst nach Beendigung des Vertrages ereignet, so stellt sich die Frage, welcher Versicherer einen solchen Schadenfall übernimmt. Ein neuer Versicherer wird nämlich regelmässig Schadenfälle ausschliessen, die sich vor Vertragsbeginn zugetragen haben.

Dies lässt sich am Beispiel der Rechtsschutzversicherung darstellen: Primärereignis stellt die streitauslösende Handlung dar, Folgeereignis der Bedarf nach Rechtsschutz (zu diesem Zeitpunkt beginnt auch die Verjährung zu laufen). Will der Versicherungsnehmer zwischen den beiden Ereignissen den Versicherer wechseln, so läuft er Gefahr, dass weder der alte noch der neue Versicherer den Schadenfall übernimmt. Hier greift die Nachhaftung, die sicherstellt, dass zumindest während fünf Jahren der alte Versicherer leistungspflichtig bleibt.

Die Frage der Nachhaftung ist umstritten. Aus unserer Sicht stellt sie ein geeignetes Instrument dar, um das oben dargestellt Problem zu lösen. Die umgekehrte Regelung – zwingende Mitversicherung des Vorrisikos – scheint aus unserer Sicht wenig geeignet, da die Missbrauchsmöglichkeit offensichtlich ist (Abschluss des Versicherungsvertrages erst nach Eintritt des Primärereignisses). In diesem Sinne unterstützen wir die vorgeschlagene Regelung. Allerdings bleiben auch andere, möglicherweise bessere Lösungen denkbar, zum Beispiel eine Regulierung durch den aktuellen Versicherer und bei widersprüchlichen Bedingungen die hälftige Teilung. Im Übrigen wäre es unbillig, wenn ein Kunde unter dem Titel Nachhaftung von einer Rechtsschutzversicherung profitieren könnte, die er gekündigt hat.

Art. 45

Wir fordern Sie auf, die Terminologie "Nebenpflichten" und "Obliegenheiten" nochmals zu überprüfen. Im Versicherungsvertragsrecht sollten Begriffe wenn möglich in der gleichen Art und Weise verwendet werden wie im übrigen Vertragsrecht. Sicherzustellen ist auch die Koordination der verschiedenen Sprachfassungen.

Art. 46

Der Entwurf schlägt vor, die heute zweijährige Verjährungsfrist auf fünf Jahre zu verlängern, wobei die Bestimmung relativ zwingend ist. Wir vermissen eine überzeugende Begründung dafür, weshalb mit dieser Lösung vom Entwurf aus dem Jahre 2011 abgewichen wird, der – wie die Regelverjährung in Art. 127 OR – eine Frist von zehn Jahren vorsah. Im Übrigen steht die Verjährungsfrage in einem engen Zusammenhang mit der Frage der Nachhaftung (Art. 35c). Wir bitten Sie, die Frage in der Botschaft zu vertiefen.

Art. 59

Unsere Gesellschaft hat vor einigen Jahren den Erlass eines Pflichtversicherungsgesetzes vorgeschlagen. Bundesrat und Ständerat unterstützten eine Motion von Ständerat Janiak. Der Nationalrat folgte dann der Versicherungswirtschaft, die sich vehement gegen den Erlass des vorgeschlagenen Gesetzes wehrte. Wir sind nach wie vor der Meinung, dass ein Pflichtversi-

cherungsgesetz vorzuziehen wäre. Da dies aber auf absehbare Zeit politisch nicht mehrheitsfähig ist, unterstützen wir im Sinne einer Minimallösung die Aufnahme eines begrenzten Einredeausschlusses im VVG.

Art. 60a

Das direkte Forderungsrecht ist und bleibt umstritten, soweit kein Versicherungsobligatorium zur Diskussion steht. Letztlich kann auch diese Frage nur politisch entschieden werden. Für das direkte Forderungsrecht wird ins Feld geführt, dass damit unnötige Haftungsprozesse vermieden werden können. Noch wichtiger ist das direkte Forderungsrecht, wenn der Versicherte nicht mehr beklagbar ist (Tod oder Konkursöffnung). Die Gegner des direkten Forderungsrechts machen vor allem dogmatische Bedenken geltend: Ein Vertragsverhältnis besteht nur zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Versicherten. Der Geschädigte hat damit grundsätzlich nichts zu tun.

Die Kontroverse ums direkte Forderungsrecht dürfte im Übrigen stark überschätzt werden. So dürfen die Versicherten heute nach sämtlichen AVB ohnehin keine eigenen rechtlichen Schritte unternehmen. Es sind denn auch die Versicherungsunternehmen, die die Parteien im Prozess im Hintergrund instruieren, aber nicht in Erscheinung treten und auch bei Vergleichsverhandlungen nicht am Tisch sitzen. Konfliktlösungen werden dadurch, namentlich vor Handelsgericht, nicht einfacher.

Mit freundlichen Grüssen

Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht

sig. Felix Schöbi, PD Dr. iur.
Mitglied des Vorstandes

sig. Stephan Fuhrer, Prof. Dr. iur.
Präsident

GS / EFD		
+	26. Okt. 2016	+
Registratur		

Einschreiben

Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst
Bernerhof
3003 Bern

Basel, 25. Oktober 2016

**Vernehmlassung: Stellungnahme zum Entwurf eines teilrevidierten Versicherungs-
vertragsgesetzes**

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

- 1 Wir bedanken uns für Ihre Einladung, in der laufenden Vernehmlassung zur Teilrevision des Versicherungsvertragsgesetzes unsere Stellungnahme abgeben zu dürfen. Die Swiss Insurance Brokers Association (SIBA) vertritt die Interessen von 80 professionellen Mitgliedfirmen mit rund 2000 Mitarbeitern in der Schweiz und hat grosses Interesse daran, zu den diese betreffenden Bestimmungen Stellung nehmen zu können.

I. Allgemeine Bemerkungen

- 2 Die SIBA, deren Mitglieder die Interessen der Versicherten gegenüber den Versicherern vertreten, anerkennt einen Handlungsbedarf mit Bezug auf das über hundertjährige Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und begrüsst deshalb die Teilrevision grundsätzlich. **Nach Meinung der SIBA sollte sich die Teilrevision am Rückweisungsbeschluss vom März 2013 und den klaren Vorgaben des Gesetzgebers orientieren.**
- 3 Der Rückweisungsbeschluss wollte das VVG insbesondere nur soweit als nötig revidiert haben und listete Bestimmungen mit Regelungsbedarf exemplarisch auf. Ebenfalls war eine angemessene Begrenzung des Anwendungsbereiches von zwingenden Bestimmungen verlangt.

II. Zu den vorgeschlagenen Bestimmungen der Teilrevision im Einzelnen

A. Direktes Forderungsrecht in der Haftpflichtversicherung (Art. 60a VE-VVG)

- 4 Gemäss dem neuen Art. 60a VE-VVG soll die geschädigte Person ein direktes Forderungsrecht gegen den Versicherer haben, wobei letztere Einwendungen und Einreden aus Gesetz oder Vertrag entgegenhalten kann (Abs. 1). Weiter soll die geschädigte Person einen Auskunftsanspruch gegenüber der haftpflichtigen Person haben (Abs. 2). Das

direkte Forderungsrecht käme – mit Ausnahme der obligatorischen Haftpflichtversicherung – nur bei Personen- und Sachschäden zur Anwendung, und nicht im Zusammenhang mit reinen Vermögensschäden (Abs. 3).

- 5 Ein entsprechendes direktes Forderungsrecht und Auskunftsanspruch des Geschädigten war ebenfalls im Art. 91 des Entwurfes zur Totalrevision des VVG enthalten, welches im Jahre 2011 dem Gesetzgeber unterbreitet wurde (VE-VVG 2009). Aus dem Rückweisungsbeschluss ergibt sich klar, dass der Gesetzgeber das VVG nur soweit als nötig revidiert haben wollte. Obwohl das Institut des direkten Forderungsrechts damals dem Gesetzgeber unterbreitet wurde und diesem damit bekannt war, wurde es nicht in die Liste der notwendigen Anpassungen aufgenommen. Es erstaunt deshalb, dass nun das direkte Forderungsrecht doch wieder Eingang in die Vernehmlassungsvorlage gefunden hat.
- 6 Beim direkten Forderungsrecht handelt es sich nicht um Konsumentenschutz zugunsten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten. Es besteht grundsätzlich keine Notwendigkeit eines direkten Forderungsanspruchs, da die Versicherer Verhandlungen über einen Ersatz des Schadens mit den Geschädigten oder dessen Vertreter regelmässig ohnehin direkt führen und auch den Prozess nahe begleiten. Wird eine Schadenersatzpflicht festgestellt, dann bezahlen die Versicherer auch. Dies gilt analog auch mit Bezug auf den Geschädigten – weshalb der Geschädigte in diesen Fällen mit einem Auskunftsanspruch gegenüber dem Schädiger und einem direkten Forderungsrecht gegenüber dem Versicherer bessergestellt sein soll, ist nicht einsichtig.
- 7 Die generelle Einführung eines direkten Forderungsrechtes würde das Institut der Haftpflicht untergraben, wonach sich der Geschädigte an den Schädiger zu halten hat. In diesem Zusammenhang ergeben sich insbesondere bedeutende prozessuale Probleme, da der beklagte Versicherer unter Umständen nur unzureichende Kenntnisse über sämtliche Umstände des haftpflichtauslösenden Falles und der möglichen Einreden hat. Sollte der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer oder Versicherten Regress nehmen wollen, würden sich ebenfalls erhebliche Schwierigkeiten bei der Ermittlung von Widerrechtlichkeiten und Pflichtverletzungen ergeben, und zwar zum einen in Bezug auf das Rechtsverhältnis zwischen dem Versicherten und dem Geschädigten sowie zum andern zwischen dem Versicherten und Versicherer (bspw. ob der Versicherer den Prozess mit der erforderlichen Sorgfalt geführt hat). Dies läuft – neben den Interessen der Versicherer – insbesondere auch den Interessen der Versicherten zuwider, einschliesslich derjenigen von SIBA-Mitgliedern als Versicherte, welche eine obligatorische Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung eingehen müssen und damit ebenfalls davon ausgehen müssen, dass das direkte Forderungsrecht sie berühren würde.
- 8 **Aus den genannten Gründen beantragt die SIBA die vollständige und ersatzlose Streichung von Art. 60a VE-VVG.**

B. Ausnahmen zu den zwingenden Bestimmungen des VVG (Art. 98a VE-VVG)

1. Der Auftrag im Rückweisungsbeschluss

- 9 Der Rückweisungsbeschluss verlangte weiter eine "angemessene Eingrenzung des Schutzbereichs". Er bezeichnete die Regelung der Grossrisiken gemäss der damaligen Vorlage VE-VVG 2011 als "Schritt in diese Richtung".
- 10 Im besagten Entwurf wurde bei Grossrisiken unter bestimmten Umständen die freie Rechtswahl vorgesehen. Das Grossrisiko wurde in Art 126 Abs. 3 VE-VVG 2009 wie folgt definiert:

Ein Grossrisiko liegt vor, wenn:

- a. die unter den Versicherungszweigen Schienenfahrzeug-Kasko, Luftfahrzeug-Kasko, See-, Binnensee- und Flussschiffahrts-Kasko, Transportgüter, Luftfahrzeughaftpflicht und See-, Binnensee- und Flussschiffahrtshaftpflicht eingestuften Risiken betroffen sind;*
- b. die unter den Zweigen Kredit und Kautions eingestuften Risiken betroffen sind, sofern der Versicherungsnehmer eine Erwerbstätigkeit im industriellen oder gewerblichen Sektor oder eine freiberufliche Tätigkeit ausübt und das Risiko damit im Zusammenhang steht;*
- c. die unter den Zweigen Landfahrzeug-Kasko, Feuer- und Elementarschäden, Sonstige Sachschäden, Haftpflicht für Landfahrzeuge mit eigenem Antrieb, Allgemeine Haftpflicht und Verschiedene finanzielle Verluste eingestuften Risiken betroffen sind, sofern der Versicherungsnehmer bei mindestens zwei der drei folgenden Kriterien die Obergrenzen überschreitet:*
 - 1. Bilanzsumme: 6,2 Millionen Euro;*
 - 2. Nettoumsatz: 12,8 Millionen Euro;*
 - 3. 250 Vollzeitstellen im Jahresdurchschnitt*

2. Vorgeschlagene Regelung im VE-VVG 2016

- 11 Der Vernehmlassungsentwurf spricht nicht mehr von Grossrisiken und einer Rechtswahlfreiheit der Parteien im Zusammenhang mit deren Versicherung, wie es das geltende Recht unter bestimmten Voraussetzungen vorsieht.

2.1 Regelung für die Transportversicherung

- 12 Die Transportversicherung wird in Art. 98a VE-VVG enger formuliert als im geltenden Recht¹, da es sich um Versicherungen "von beruflichen oder gewerblichen Risiken" handeln muss. Es handelt sich auch um eine engere Definition als in der EU² und ihren Mitgliedländern³.
- 13 Es ist nicht einsichtig, weshalb die hiesigen Versicherer und Versicherungsnehmer weniger Optionen haben sollen als die entsprechenden Versicherer und Versicherungsnehmer in der EU. Insbesondere die Versicherungsnehmer werden dadurch im Vergleich zu Konkurrenten in der EU benachteiligt, da letztere eine flexiblere, den Bedürfnissen angepasste Versicherungslösung finden können.
- 14 Die engere Formulierung als im geltenden Recht widerspricht auch dem Rückweisungsbeschluss, welcher eine "angemessene Eingrenzung des Schutzbereichs" verlangte – und wohlbemerkt nicht eine Ausweitung des Schutzbereichs. Die bisherige Regelung, Transportversicherungen generell von den zwingenden Bestimmungen auszunehmen (Art. 98 Abs. 2 VVG), hat sich bewährt. Der Rückweisungsbeschluss besagt klar, dass bewährte Bestimmungen unverändert beizubehalten seien.
- 15 **Deshalb beantragt die SIBA, Transportversicherungen generell von den zwingenden Bestimmungen auszunehmen.**

2.2 Regelung für die Kredit- und Kautionsversicherung

- 16 Art. 98a VE-VVG schliesst die Geltung der zwingenden und teilzwingenden Bestimmungen neben der Transportversicherung neu auch für die Kredit- und Kautionsversicherung aus, soweit es sich um die Versicherungen von "beruflichen oder gewerblichen Risiken" oder um "professionelle Versicherungsnehmer" handelt. Aus dem Erläuterungsbericht ergibt sich, dass bei "beruflichen und gewerblichen Risiken" offenbar generell von Grossrisiken ausgegangen wird.⁴
- 17 **SIBA begrüsst grundsätzlich die neue Regelung. Wir stellen in Anlehnung an EU-Recht aber den Antrag, die Bestimmung zusätzlich auf "industrielle Risiken" auszuweiten.**

¹ Vgl. Art. 98 Abs. 2 VVG.

² Vgl. Art. 13 Ziff. 27 lit. a und c der EG-Solvabilitätsrichtlinie (Richtlinie 2009/138/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. November 2009 betreffend die Aufnahme und Ausübung der Versicherungs- und Rückversicherungstätigkeit (Solvabilität II).

³ Vgl. bspw. in Deutschland § 210(2)Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 19. Februar 2016 (BGBl. I S. 254) geändert.

⁴ Erläuterungsbericht, S. 53, ad Artikel 98a Absatz 1.

2.3 Regelung bei allen Versicherungszweigen

2.3.1 Rechtsbegriff "berufliche oder gewerbliche Risiken" unklar

- 18 Gemäss Art. 98a VE-VVG gelten die zwingenden und halbzwingenden Bestimmungen bei sämtlichen Versicherungszweigen unter anderem dann nicht, wenn es sich um professionelle Versicherungsnehmer handelt. Allerdings sind die Begriffe der öffentlich-rechtlichen Körperschaft bzw. des Unternehmens mit "professionellen Risikomanagement" unklar.⁵ Hier würde eine Rechtsunsicherheit bezüglich der rechtlich relevanten Abgrenzung bestehen.⁶ Die Mitglieder der SIBA, aber generell auch die Versicherer und die Versicherungsnehmer, benötigen Klarheit, ob der Versicherungsnehmer den zwingenden Bestimmungen untersteht oder nicht. Hierbei könnte es sich entweder um klar messbare, objektive Anforderungen handeln oder aber auch bspw. um eine schriftliche Erklärung des Versicherungsnehmers, dass er über ein professionelles Risikomanagement verfügt und nicht durch die zwingenden Bestimmungen des VVG bei der Versicherungslösung beeinträchtigt werden möchte.
- 19 Gemäss dem Rückweisungsantrag sind generell anerkannte, nicht auslegungsbedürftige Begriffe zu verwenden. Dies ist beim Begriff "professionellen Risikomanagement" nicht gegeben. **Die SIBA beantragt klare Vorgaben, was ein "professionelles Risikomanagement" ausmacht.**

2.3.2 Grossrisiken sind von den zwingenden Bestimmungen auszunehmen

- 20 Der Rückweisungsbeschluss verlangt eine "angemessene Eingrenzung des Schutzbereichs" und bezeichnet die Regelung der Grossrisiken gemäss der damaligen Vorlage VE-VVG 2011 als "Schritt in diese Richtung". Die SIBA versteht die explizite Erwähnung der Grossrisikoregelung im Rückweisungsbeschluss als Aufforderung, die Bestimmung in Art 126 VE-VVG 2009 beizubehalten und weiter Richtung freie Rechtswahl der Parteien zu liberalisieren.
- 21 Die Regelung der Grossrisiken in Art 126 VE-VVG 2009, welche ausschliesslich auf Versicherungsverträge Anwendung finden sollte, bei denen der Versicherungsnehmer oder Versicherer das Domizil in einem Staat hat, der mit der Schweiz ein völkerrechtliches Abkommen über die Anerkennung aufsichtsrechtlicher Anforderungen und Massnahmen abgeschlossen hat⁷, entsprach dem heute geltenden Art. 101b Abs. 6 VVG. Bei beiden war der Anwendungsbereich aufgrund der erwähnten Beschränkung⁸ beschränkt geblieben, da ein entsprechendes Abkommen zurzeit einzig mit dem Fürstentum Liechtenstein existiert. Sodann bestand im Entwurf und besteht im geltenden Gesetz eine wei-

⁵ Vgl. Art. 98a Abs. 2 lit. e und f VE-VVG.

⁶ Vgl. Erläuterungsbericht, S. 53, ad Artikel 98 Absatz 2, welcher darauf nicht eingeht.

⁷ Art. 118 VE-VVG 2009.

⁸ Vgl. Art. 101a VVG und Art. 118 VE-VVG.

tere Einschränkung bei der freien Rechtswahl⁹ im Zusammenhang mit Grossrisiken, und zwar in denjenigen Fällen, in welchen sich die wesentlichen Sachverhaltselemente – Versicherungsnehmer und der Ort des gelegenen Risikos – im selben Vertragsstaat befinden. In diesen Fällen darf die Wahl des Rechts die zwingenden Bestimmungen dieses Vertragsstaats nicht berühren.¹⁰

- 22 Die dargelegte Regelung des VVG und VE-VVG bezüglich den Grossrisiken orientiert sich an der Regelung im europäischen Recht. Für Grossrisiken gilt da die freie Rechtswahl.¹¹ Die Grossrisiken werden in Art. 13 Ziff. 27 der EG-Solvabilitätsrichtlinie¹² definiert und kennen keine entsprechenden Einschränkungen der freien Rechtswahl wie das Schweizer Recht. Die Mitgliedländer haben diese Regelung von freier Rechtswahl bei Grossrisiken übernommen.¹³ Es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb die freie Rechtswahl bei Grossrisiken Versicherern und Versicherungsnehmern in der Schweiz vorenthalten werden soll. Wie bereits darauf hingewiesen, ermöglicht eine freie Rechtswahl den Versicherungsnehmern eine möglichst massgeschneiderte Versicherungslösung.
- 23 **In diesem Sinne beantragt die SIBA, dass die Regelung in Art. 101b Abs. 6 lit. a VVG bzw. in Art. 118 VE-VVG 2009, gemäss welchem Betriebe ab einer bestimmten Grösse als Grossrisiken zu qualifizieren und von der Anwendung von zwingendem Recht auszunehmen sind, ohne Einschränkungen ebenfalls Eingang in Art. 98a VE-VVG finden. Hierbei handelt es sich um eine bereits bestehende Vorschrift, welche sich nicht nur in der Schweiz, sondern insbesondere auch in der EU und ihren Mitgliedländern bewährt hat.**
- 24 **Sodann beantragt die SIBA, klar hervorzuheben, dass bei professionellen Versicherungsnehmern und im Zusammenhang mit Grossrisiken bei sämtlichen Versicherungszweigen (und nicht nur bei der Kredit-, Kautions- und Transportversicherungen) die Art. 97 und 98 keine Anwendung finden. Der vorgeschlagene Wortlaut ist – im Gegensatz zu den entsprechenden Erklärungen in der Botschaft¹⁴ – mehrdeutig.**

⁹ Art. 101b Abs. 1 lit. f VVG; Art. 126 Abs. 1 VE-VVG.

¹⁰ Art. 101b Abs. 1 lit. g VVG.

¹¹ Vgl. Art. 7 Abs. 2 Rom I-VO (Verordnung (EG) Nr. 593/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates über das auf vertragliche Schuldverhältnisse anzuwendende Recht vom 17. Juni 2008).

¹² Richtlinie 2009/138/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. November 2009 betreffend die Aufnahme und Ausübung der Versicherungs- und der Rückversicherungstätigkeit (Solvabilität II).

¹³ So Deutschland in § 210 des Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 19. Februar 2016 (BGBl. I S. 254) geändert.

¹⁴ Siehe erläuternder Bericht zur Vernehmlassungsvorlage VE-VVG 2009, Art. 98a, S. 53.

3. Übergangsbestimmungen

- 25 Der Vorschlag einer Teilrevision des VVG enthält keine Übergangsbestimmungen. Im Sinne der Rechtssicherheit sollte für laufende Verträge der VE-VVG nicht gelten.

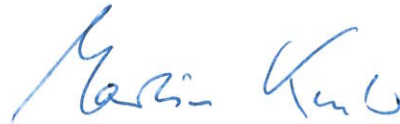
Für Fragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

SIBA Swiss Insurance Brokers Association



Markus Lehmann, Präsident



Martin Kessler, Vizepräsident

Sekretariat SIRM
Kramgasse 2, Postfach, 3001 Bern

Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern

Bern, 14. Oktober 2016

Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung zur Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die SIRM hat die neue Vorlage zur Revision des VVG zur Kenntnis genommen und dankt Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme.

Wie bereits anlässlich der Vernehmlassung im Jahre 2009, finden Sie nachstehend unsere Kommentare und Änderungsanträge, welche wir namens der Mitglieder der SIRM, die sich aus den rund 70 grössten Unternehmen der Schweiz zusammensetzen, hiermit übermitteln.

I. ALLGEMEINE BEMERKUNG

Wir nehmen zur Kenntnis, dass nach den jahrelangen Vorarbeiten nicht mehr von einer Totalrevision des VVG die Rede ist und sich der aktuelle Entwurf nunmehr auf die Änderung von spezifischen Regelungen begrenzt.

Wir bedauern, dass mit dieser Optik die Überprüfung von Prinzipienfragen sowie der Gesetzesstruktur entfällt, wie dies für ein jahrhundertaltes Gesetz durchaus angebracht wäre.

Wir erlauben uns, diesbezüglich in Erinnerung zu rufen, dass wir gerade anlässlich der Vernehmlassung von 2009 angeregt haben zu prüfen, ob die Gesetzesstruktur nicht verbessert werden könnte durch eine klare Trennung von Gesetzesabschnitten bzw. Gesetzeskapitel, je nachdem, ob sie für Massenversicherungsgeschäfte und Privatkunden (Konsumentenschutz !) oder für Industrieversicherungsgeschäfte und Geschäftskunden (B2B-Bereich) zur Anwendung kommen sollen.

Antrag

Wohlwissend, dass Anliegen zur Verbesserungen der Gesetzesstruktur nunmehr *tempi passati* sind, beantragen wir nichtsdestotrotz, dass bei allen spezifischen Revisionspunkten systematisch überprüft werde, wie der **persönliche Geltungsbereich** der künftigen Regeln optimal ausgerichtet werden kann auf **Privatkunden** einerseits und **Geschäftskunden** andererseits.

II. BESONDERE BEMERKUNGEN

1. Zu Artikel 9 – Vorläufige Deckungszusage – Absatz 3

„Ist die vorläufige Deckungszusage unbefristet, so kann sie jederzeit unter Wahrung einer Frist von zwei Wochen gekündigt werden, endet aber jedenfalls mit Abschluss eines definitiven Vertrags mit dem betreffenden oder einem anderen Versicherungsunternehmen.“

Diese aus der Revisionvorlage von 2009 unverändert übernommene Bestimmung bezweckt die Kodifizierung bewährter Geschäftspraxis. Wie wir aber 2009 bemerkten, sollte letztere nicht durch die Möglichkeit von abrupten Kündigungen beeinträchtigt werden.

Antrag

Wir wiederholen unseren Antrag, die Bestimmung dahingehend zu mildern, dass vor einer Kündigung eine entsprechende **Mahnung** mit Angabe der Gründe erfolgen soll.

2. Zu Artikel 9 – Vorläufige Deckungszusage – Absatz 4

„Vorläufige Deckungszusagen sind schriftlich zu bestätigen.“

Einverstanden mit der Grundidee, aber wir ziehen es vor, dass im Gesetzeswortlaut – und nicht nur im erläuternden Bericht (S. 24) – ausdrücklich klargestellt wird, dass die Erteilung von vorläufigen Deckungszusagen formlos erfolgen kann. In der Tat, provisorische Vereinbarungen etwa via e-Mails sind durchaus bewährte Versicherungspraxis und es soll vermieden werden, dass ein zu knapper Wortlaut des Artikels zur Interpretation verleiten könnte, dass selbst die Erteilung der provisorischen Deckungszusage schriftlich erfolgen müsse.

Antrag

für die Formulierung von Absatz 4: *„Vorläufige Deckungszusagen können formlos vereinbart werden, sollen aber vom Versicherungsunternehmen schriftlich bestätigt werden.“*

3. Zu Artikel 27 – Änderung der Gefahr – Absatz 2

„Die Gefahrsänderung ist wesentlich, wenn sie auf der Änderung einer für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsache (Art. 4) beruht, deren Umfang die Parteien beim Vertragsabschluss festgestellt haben.“

Bereits 2009 haben wir erklärt, dass solche Formulierungen schwammig sind, die je nach Versicherungsunternehmen zu verschiedenen Risikoeinschätzungen zuungunsten des Versicherungsnehmers führen könnten; demgegenüber bevorzugen wir branchenüblichere Formulierungen.

Antrag

Die aktuelle Formulierung ersetzen durch *„Die Gefahrsänderung ist wesentlich, wenn sie die Schwerequote und Häufigkeitsquote von möglichen Schäden umstösst.“*

4. Zu Artikel 34 – Vermittler der Versicherer --- zugleich Bemerkung zu Kapitel 9 des VE 2009

Wir stellen fest, dass die Bestimmung über Vermittler der Versicherer (Art. 34), ebenso wie die im ursprünglichen Entwurf 2009 vorgesehenen Bestimmungen über Versicherungsvermittler (Makler, Broker) nunmehr aus dem VVG-Entwurf gestrichen wurden. In der Tat handelt es sich hierbei um Bestimmungen, die in keinem direkten Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag stehen und somit das VVG-Revisionsvorhaben überladen und dessen Gelingen letztlich aufs Spiel setzen würden.

Zweifellos werden die Fragen betreffend Vermittler im Versicherungsmarkt in einem anderen Erlass geregelt werden, aber dies sollte in sachgerechter Weise und in Anlehnung an bewährte Praxis erfolgen.

Antrag

Wir sind mit der vorgeschlagenen Regelung durchaus einverstanden.

Für die künftigen Bestimmungen über die Vermittler im Versicherungsmarkt – ausserhalb des VVG – empfehlen wir, gemäss unserer Eingabe von 2009, dass die Beziehungen zu den Versicherungsnehmern in optimaler Berücksichtigung der Prinzipien **Transparenz** und **Vertragsfreiheit** geregelt werden.

5. Zu Artikel 35 Absatz 1 – Anpassung der Versicherungsbedingungen

“Eine Vertragsbestimmung, wonach das Versicherungsunternehmen die Versicherungsbedingungen einseitig anpassen kann, ist nichtig, soweit es sich nicht um Versicherungen von beruflichen und gewerblichen Risiken handelt.”

Wir haben Zweifel, ob eine derartige Bestimmung gebührend die allgemeine Versicherungspraxis berücksichtigt, wie sie auch zwischen Versicherungsunternehmen und professionellen Versicherungsnehmern gang und gäbe ist. Erlässt ein Versicherungsunternehmen neue Allgemeine Versicherungs-Bedingungen (AVB) während einer laufenden Vertragsperiode, so behalten die alten AVB in aller Regel ihre Gültigkeit bis zum Auslaufen des bestehenden Vertrags und die neuen AVB werden alsdann der Police der folgenden Periode zugrunde gelegt; dies übrigens im Einklang mit dem Prinzip des Handelns nach Treu und Glauben. Analoges gilt für Besondere Versicherungsbedingungen.

Antrag

Den Wortlaut in dem Sinne revidieren, dass neue Versicherungsbedingungen für jegliche Versicherungskunden nur zukünftig vereinbaren – und nicht bereits in Kraft stehenden – Policen zugrunde gelegt werden können.

6. Zu Artikel 60a – Direktes Forderungsrecht und Auskunftsanspruch

“1 Die geschädigte Person hat im Rahmen der Versicherungsdeckung ein direktes Forderungsrecht gegen das Versicherungsunternehmen. Vorbehalten bleiben Einwendungen und Einreden, die ihr das Versicherungsunternehmen aufgrund des Gesetzes oder des Vertrags entgegenhalten kann.

2 Die geschädigte Person kann von der haftpflichtigen Person Auskunft über deren Haftpflichtversicherungsschutz verlangen.

3 Dieser Artikel findet auf die nicht obligatorische Haftpflichtversicherung für reine Vermögensschäden keine Anwendung.”

Wir haben Kenntnis genommen vom gesetzgeberischen Bestreben, einem geschädigten Dritten die Erlangung einer Versicherungsleistung zu erleichtern, durch ein direktes Forderungsrecht gegenüber dem Versicherungsunternehmen – anstelle des bisherigen schwierigen Wegs der Geltendmachung eines gesetzlichen Pfandrechts an der Versicherungsleistung.

Indessen hegen wir wie 2009 grosse Bedenken über die angestrebte Lösung und befürchten, dass diese Bestimmung eine nicht durchführbare *lex imperfecta* werden könnte. Unsere Begründung ist wie folgt.

Die Erfolgsaussichten für einen derartigen direkten Regress werden vorerst stark abhängig sein von der Schadensregelung, die Versicherungsnehmer und Versicherungsunternehmen unter sich ausbedungen haben – insbesondere im Fall von Drittschäden.

Zwar scheint die Durchsetzung eines direkten Forderungsrechts bei einem Drittschaden aufgrund eines spezifisch definierten Gesetzesobligatoriums praktikabel (Beispiel: SVG), nicht aber bei Fehlen eines solchen Obligatoriums.

Weitere Schwierigkeiten ergäben sich, wenn ein Drittschaden verursacht wurde durch einen Schädiger, welcher nach Massgabe einer Verschuldungshaftung (und nicht etwa gemäss Kausalhaftung) haftbar wird; dem geschädigten Dritten obläge die volle Beweislast gegenüber dem Versicherungsunternehmen und nur mit deren Nachweis könnte er ein Forderungsrecht mit Erfolgsaussichten geltend machen.

Des Weiteren könnte ein direktes Forderungsrecht dem Geschädigten keine Hilfe bieten, wenn sich erweist, dass die in Frage stehende Versicherungspolice aufgrund der Risikofinanzierungspolitik des verantwortlichen Unternehmens (hohe Selbstbehalte, Eigenversicherung, etc.) gar nicht zum Zuge kommen wird. Gerade bei Grossfirmen sind solche Risikoentscheide oft üblich.

Wie 2009 ist unser Fazit: Das vorgeschlagene direkte, pauschale Forderungsrecht bietet keine Gewähr zur Verbesserung der Situation des Geschädigten, hingegen schränkt es die Bereitschaft und *last but not least* die Kulanz des Haftpflichtigen für einen einvernehmlichen Vergleich ein.

Schliesslich hegen wir grösste Bedenken über die vorgesehene Auskunftspflicht eines Unternehmens zu seinem bestehenden Haftpflichtversicherungsschutz. Mit der Mitteilung von internen Informationen über Versicherungspolice – auch wenn nur auszugsweise – würden geschäftsrelevante, mitunter vertrauliche und sicherheitsrelevante Unternehmensdaten publik (über den Kreis der geschädigten Personen hinaus), womit Artikel 60a Abs. 2 zu einer Verletzung des Datenschutzes des auskunftspflichtigen Unternehmens führen könnte.

Antrag

Die Bestimmung streichen.

7. Zu Artikel 98 a – Ausnahmen (vom zwingenden und halbzwingenden Recht)

Aus dem vorgeschlagenen Entwurf geht hervor, dass Artikel 97 (Bezeichnung der zwingenden Bestimmungen) und Artikel 98 (Bezeichnung der halbzwingenden Bestimmungen) für eine Reihe von Versicherungsnehmern nicht gelten. Und (in fine): *“Sie gelten auch nicht bei professionellen Versicherungsnehmern....”* *“Als professionelle Versicherungsnehmer gelten: ... f. Unternehmen mit professionellem Risikomanagement.”*

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Vernehmlassung (S. 53) rechtfertigen sich diese Ausnahmen *“mit Blick auf die Kategorie der beruflichen und gewerblichen Risiken (Grossrisiken) beziehungsweise bei sogenannten professionellen Versicherungsnehmern, da die Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer in diesem Bereich in der Regel über Strukturen (Rechtsabteilungen etc.) verfügen, die ihnen die ausreichende Wahrung der eigenen Interessen ermöglichen...”*

Die Grundidee im Artikelentwurf und in der Erläuterung scheint uns in die richtige Richtung zu weisen, aber der Text wirft im Detail gewisse Fragen auf, die einer Klärung bedürfen.

a) Es ist nicht klar, wieso im Rahmen des VVG weiterhin auf den Begriff “Grossrisiko” abgestellt wird, wenn doch mit Artikel 101 b auch der im Vorentwurf von 2009 damals figurierende Begriff “Grossrisiko” gestrichen wird. Wir hatten bereits in unserer Eingabe von 2009 unsere Abneigung gegen diesen Begriff kundgetan – pro memoria: es ist zu befürchten, dass bei seiner Verwendung namentliche hochspezialisierte KMUs, aber auch (kleine) Managementgesellschaften von Grosskonzernen ausgeschlossen werden könnten.

Es scheint uns vielmehr angebracht, inskünftig nur von **“Unternehmen mit professionell geführtem Risikomanagement”** zu sprechen, für die die Regelungen betreffend zwingende und halbzwingende Vorschriften also nicht gelten werden.

b) Überdies gehen wir davon aus, dass “Unternehmen mit professionell geführtem Risikomanagement” solche Versicherungsnehmer umfassen, wie sie **branchenüblich** verstanden werden (ohne weitere formell-gesetzliche Präzisierungen oder Bedingung) – und konsequenterweise Unternehmen, wie sie auch unserem Berufsverband SIRM angehören.

c) Letztlich gestatten wir uns, auf eine Zusatzfrage betreffend Artikel 60a (Direktes Forderungsrecht und Auskunftsanspruch) zurückzukommen.

Davon ausgehend, dass besagter Artikel 60a zum halbzwingenden Recht zählt, welches ausdrücklich, nach Artikel 98a, bei professionellen Versicherungsnehmern nicht gelten wird, stellt sich die Frage, ob überhaupt und wenn ja unter welchen Bedingungen, ein Drittgeschädigter das direkte Forderungsrecht und die Auskunftspflicht gegenüber einem Versicherungsunternehmen noch geltend machen kann, das eine Haftpflichtpolice mit einem professionellen Versicherungsnehmer abgeschlossen hat. Dies im Allgemeinen für professionelle Versicherungsnehmer und insbesondere speziell dann, wenn die Versicherungspolice ausdrückliche Regress- und Auskunftsverbote beinhaltet.



Antrag

Wir bitten Sie, die hiervor unter a), b) und c) aufgeworfenen Fragen kurz und vollständig zu klären – dies im allgemeinen Interesse für das künftige Recht.

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren, wir danken Ihnen für die Prüfung unserer Anträge und die entsprechende Anpassung der Vorlage und stehen für zusätzliche Erläuterungen gerne zu Ihrer Verfügung.

Freundliche Grüsse

**Schweizerische Vereinigung der
Insurance und Risk Manager - SIRM**

Sabrina Hartusch
Präsidentin

Peter Ebnetter
Vize-Präsident



Herr Bundesrat
Ueli Maurer
Eidgenössisches
Finanzdepartement (EFD)
Bundesgasse 3
3003 Bern

Geht per Mail an:
regulierung@gs-efd.admin.ch

Bern, 27. Oktober 2016

**Revision Versicherungsvertragsgesetz VVG
Stellungnahme der Stiftung für Konsumentenschutz (SKS)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zum Versicherungsvertragsgesetz Stellung nehmen zu dürfen. Unsere Bemerkungen lassen wir Ihnen gerne innerhalb der gesetzten Frist zukommen.

1) Grundsätzliches

Die SKS begrüsst es, dass der Revisionsbedürftigkeit des VVG mit einer umfassenden Gesetzesrevision Rechnung getragen wird. Das Verhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer bedarf einer grundlegenden Neustrukturierung, Rechte und Pflichten sind gleichmässig zu verteilen. Der vorgelegte Revisionsentwurf nimmt verschiedene zentrale Konsumentenangelegenheiten auf. Die SKS bewertet daher die Vorlage als grundsätzlich positiv.

Nachfolgend wird unter Punkt 2 auf die umstrittenen Punkte eingegangen bzw. es werden zu einzelnen Bestimmungen Ergänzungs- und Änderungsvorschläge unterbreitet.

Nicht näher eingegangen wird auf die Punkte, die aus Sicht der SKS unbestritten sind. Diese Neuerungen werden von der SKS ausdrücklich unterstützt. Sie dürfen weder gestrichen noch abgeschwächt werden. Es sind dies folgende Punkte:

- Einführung eines Widerrufsrechts (Art. 2a f.)
- Anzeigepflichtverletzung: Bindung des Ausmasses der Leistungsbefreiung an jenes der Kausalität – Teilleistung bei Teilkausalität (Art. 6)
- Regelung der vorläufigen Deckung (Art. 9)
- Rückwärtsversicherung/Unmöglichkeit (Art. 10/10a)
- Einbezug Dritter (Art. 16)
- Gefahrserhöhung und –verminderung (Art. 28/28a)
- Verbot von Bedingungsanpassungsklauseln in Konsumentenverträgen (Art. 35)

- Ordentliches Kündigungsrecht (Art. 35a)
- Nachhaftung (Art. 35c)
- Hängige Versicherungsfälle/Verbot der Leistungsbeschränkung bei Vertragsaufhebung (Art. 35d)
- Kausalitätserfordernis bei Leistungskürzungen wegen Obliegenheitsverletzungen (Art. 45)
- Neuregelung der Mehrfachversicherung (Art. 46b f.)
- Aufhebung veralteter Bestimmungen zur Sachversicherung (Art 48 ff. geltendes Recht)
- Beschränkter Einredeausschluss bei Pflichtversicherungen (Art. 59 Abs. 2)
- Direktes Forderungsrecht in der Haftpflichtversicherung (Art. 60a)
- Begünstigtenänderung (Art. 74)

2) Einzelfragen

a) Besserer Schutz der Konsumenten beim „Versicherungssparen“

Forderung

Umwandlung und Rückkauf sind in zwei verschiedene Bestimmungen aufzuteilen:

Art. 90 Umwandlung

¹ Gemäss Entwurf

² Gemäss Entwurf

³ In der Regel gilt eine Entschädigung als angemessen, wenn dem Versicherungsnehmer die bisher bezahlten und zum vereinbarten Satz verzinsten Sparprämien zurückerstattet werden.

Art .91 Rückkauf

¹ Art. 90 Abs. 3 des Entwurfs

² Ist ein Versicherungsvertrag nicht rückkaufsfähig oder erreicht der Rückkaufswert die Summe der bis zum Zeitpunkt einer vorzeitigen Vertragsauflösung bezahlten und zum vereinbarten Satz verzinsten Sparprämien nicht, so hat der Versicherungsnehmer anstelle des Rückkaufswertes Anspruch auf Rückerstattung der bezahlten und verzinsten Sparprämien. Bei anteilsgebundenen Lebensversicherungen geht dieser Mindestanspruch auf den Wert der mit den Sparprämien finanzierten Fondsanteile.

Begründung

Die Ausgestaltung des Sparprozesses im Rahmen von kapitalbildenden Lebensversicherungen ist ausgesprochen intransparent. Die Versicherten sind sich beispielsweise der bei solchen Verträgen üblichen hohen Kosten (namentlich Abschlussprovisionen) nicht bewusst. Ebenfalls für den Versicherten sehr nachteilig ist die aktuelle Regelung, wonach bei einer Vertragsauflösung während der ersten drei Jahren der Vertragsdauer das gesamte einbezahlte Sparkapital dem Versicherer zufällt. Eine derartige Regelung wäre im Bereich Banksparen undenkbar!

In Art. 3 Abs. 1 lit. f ist im Rahmen der vorvertraglichen Informationspflichten neu vorgesehen, dass der Versicherungsnehmer über die Rückkaufs- und Umwandlungswerte sowie die mit einer rückkaufsfähigen Lebensversicherung verbundenen Kosten zu informieren ist. Zusätzlich soll der Versicherungsnehmer nach Art. 90 Abs. 2 des Entwurfs bei fehlendem Rückkaufswert eine *angemessene* Entschädigung erhalten. Diese beiden Verbesserungen stellen aus Sicht der SKS ein absolutes Minimum dar, was zum Schutz der Versicherten notwendig ist.

Es ist daher zu definieren, was als angemessen gilt. Zudem muss der Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Rückerstattung sämtlicher eingezahlter und verzinsten Sparprämien haben.

b) Pflicht zur Klarstellung diverser Qualifikationen

Forderung

Folgende Bestimmung ist an geeigneter Stelle einzufügen:

Art. xx Vermutungen

Wenn nicht etwas anderes in Textform vereinbart ist, gelten:

- a. Personenversicherungen als Summenversicherungen;*
- b. Andere Versicherungen als Schadenversicherungen;*
- c. Leistungen bei Invalidität als unabhängig von der konkreten Erwerbsbeeinträchtigung geschuldet.*

Begründung

Neu sieht Art. 3 Abs. 1 lit. b vor, dass für alle Versicherungen angegeben werden muss, ob es sich um eine Schaden- oder eine Summenversicherung handelt. Die SKS begrüsst diese Neuerung. Durch diese Neuregelung werden sich viele Streitigkeiten und damit verbundene Kosten über die Qualifikation einer bestimmten Versicherung verhindern lassen.

Die SKS ist jedoch der Ansicht, dass in diesem Zusammenhang zusätzlich eine inhaltliche Vermutung vorzunehmen und der Vorschlag der die Totalrevision vorbereitende Expertenkommission wieder aufzunehmen ist. An geeigneter Stelle ist daher eine entsprechende Bestimmung einzufügen.

c) Massgebender Zeitpunkt für die Erfüllung der Anzeigepflicht

Forderung

Anpassung von Art. 4 an Art. 27.

Begründung

Bereits die Expertenkommission hatte einen Systemwechsel vorgeschlagen in Bezug auf den Zeitpunkt, zu welchem die Anzeigepflicht zu erfüllen ist: Massgebender Zeitpunkt für die Anzeige der für die Gefahrsbeurteilung erheblichen Tatsache muss das Ausfüllen des Antragsformulars sein und nicht mehr der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Dadurch fällt die sogenannte Nachmeldepflicht von Gefahrsänderung weg. In Art. 27 wird dieser Systemwechsel deutlich, in Art. 4 jedoch nicht.

Wird unter geltendem Recht ein Antragsteller gefragt, ob ihm schon einmal der Führerausweis entzogen worden sei und verneint er diese Frage wahrheitsgemäss, wird dem Antragsteller aber wenige Tage später der Ausweis tatsächlich entzogen, so muss er dies nachmelden. Falls er dies nicht tut, begeht er eine Anzeigepflichtverletzung. Da diese Nachmeldepflicht weitgehend unbekannt ist, begehen Antragsteller ungewollt und unwissentlich Anzeigepflichtverletzungen.

d) Genehmigungsfiktion

Forderung

Neuformulierung von Art. 12:

Art. 12 Verbot von Genehmigungsfiktion

Stimmt der Inhalt der Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so kann sich das Versicherungsunternehmen nicht auf eine Vertragsbestimmung berufen, wonach der Versicherungsnehmer bei ausbleibendem Widerspruch den Inhalt der Police stillschweigend genehmigt.

Begründung

Die aktuell geltende Regelung, wonach bei ausbleibendem Widerspruch einer Police automatisch ein Versicherungsverhältnis zu Stande kommt (Genehmigungsfiktion) ist äusserst stossend. Die SKS begrüsst daher die Streichung dieser Regelung. Mit dieser Streichung bleibt jedoch die Neureglung des Themas auf halber Strecke stehen. Wir schlagen daher eine Neuformulierung von Art. 12 vor.

e) Teilbarkeit der Prämie

Forderung

Streichung von Art. 24 Abs. 2

Begründung

Unter dem geltenden Recht ist grundsätzlich keine Teilbarkeit der Prämien vorgesehen. So sind im Normalfall Prämien auch dann geschuldet, wenn der Versicherer gar kein Risiko mehr trägt. Aus Sicht des Versicherungsnehmers stellt dies eine nicht zu rechtfertigende Benachteiligung dar. Sie SKS unterstützt daher die Absicht, diese privilegierte Stellung der Versicherer durch die Einführung des Grundsatzes der Teilbarkeit der Prämie voll und ganz. Die Streichung von Art. 42 Abs. 3 (Unteilbarkeit der Prämie bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer während des zweiten Versicherungsjahres) wird somit begrüsst.

Konsequenterweise ist jedoch auch der letzte noch verbleibende Ausnahmefall von der Teilbarkeit der Prämie zu beseitigen: Art. 24 Abs. 2, wonach die Prämie für die laufende Versicherungsperiode ganz geschuldet ist, auch wenn das Risiko weggefallen ist (Totalschaden), ist zu streichen. Es darf nicht sein, dass beispielsweise die Prämie für eine Autokaskoversicherung für das ganze Jahr zu bezahlen ist, wenn das Fahrzeug im März gestohlen wird. In einem derartigen Fall verliert der Versicherungsvertrag seinen Kerninhalt, nämlich Prämienzahlung vs. Risikoübernahme. Ist eine Risikoübernahme gar nicht mehr möglich, so muss zwingend auch die Pflicht zur Prämienzahlung entfallen.

f) Abschlagszahlungen

Forderung

Folgende Bestimmung ist an geeigneter Stelle einzufügen:

Art. xx

Bestreitet das Versicherungsunternehmen seine Leistungspflicht nur dem Umfang nach, so kann der Berechtigte nach Ablauf der in Artikel 41 Absatz 1 genannten Frist Abschlagszahlungen bis zur Höhe des unbestrittenen Betrages verlangen.

Begründung

Vielfach kommt es vor, dass die Leistungspflicht des Versicherers nicht grundsätzlich bestritten ist, sondern nur deren Umfang (da beispielsweise offene Verschuldensfragen die Höhe der zu leistenden Summe noch beeinflussen können). Oftmals weigern sich die Versicherer in derartigen Fällen, den Anspruchsberechtigten bereits Zahlungen für den unbestrittenen Teil zu entrichten. Dies ist eine äusserst stossende Praxis.

Art. 30 der Fassung der Expertenkommission bzw. Art. 39 der Fassung des Bundesrates ist daher wieder in den Entwurf aufzunehmen. Der Versicherungsnehmer muss in dem Umfange, in welchem die Leistungspflicht unbestritten ist, Abschlagszahlungen verlangen können.

g) Verjährung

Forderung

Anpassung von Art. 46 Abs. 1 erster Satz:

Art. 46 Abs. 1

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zehn Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

Begründung

Mittlerweile ist unbestritten, dass die im geltenden Recht vorgesehene 2-jährige Verjährungsfrist für die Einforderung von Versicherungsleistungen viel zu kurz ist. Der Vernehmlassungsentwurf schlägt in Art. 46 nun eine 5-jährige Verjährungsfrist vor. Damit ist den Ansprüchen der Versicherungsnehmer jedoch nicht Genüge getan. Die SKS fordert eine Übernahme der zwingenden obligationenrechtlichen Verjährungsregeln gemäss Art. 127 OR.

Für Versicherungsleistungen hat somit eine Verjährungsfrist von zehn Jahren zu gelten.

h) Sachversicherung: Leistungskürzung bei Unterversicherung

Forderung

Ersatz von Art. 69 Abs. 2 mit folgender Bestimmung.

Art. 69 Abs. 2

Erreicht die Versicherungssumme den Ersatzwert nicht, so kann das Versicherungsunternehmen seine Leistung in dem Verhältnis kürzen, in welchem die Versicherungssumme zum Ersatzwert steht, sofern es sich dieses Recht im Vertrag vorbehalten hat. Ein solcher Vorbehalt in der Hausratversicherung nicht zulässig.

Begründung

Unterversicherungen kommen in der Praxis häufig vor, insbesondere bei Hausratversicherungen. Die Mehrzahl der Versicherer kürzen im Schadensfall ihre Leistungen gemäss Art. 69 Abs. 2 in Bezug auf einzelne Schadensereignisse im Verhältnis (gesamte) Versicherungssumme/(gesamter) Ersatzwert. Eine solche Kürzung ist gestützt auf Art. 69 Abs. 2 möglich, ohne dass sie in den AVB vorgesehen ist. Liegt der Schadenswert im einzelnen Schadensfall unter der gesamthaften Versicherungssumme, so stellen derartige Kürzungen eine nicht nachvollziehbare Leistungseinschränkung dar und werden von den Versicherungsnehmern zu Recht nicht verstanden.

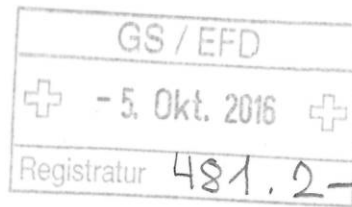
Die SKS fordert, dass derartige Kürzungen explizit in den AVB vereinbart werden müssen. Zudem sind sie für den Bereich der Hausratversicherungen, in welchem es auf Grund derartiger Kürzungen immer wieder zu stossenden Situationen kommt, zu verbieten.

Wir danken Ihnen für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'S. Stalder', with a stylized flourish at the end.

Sara Stalder
Geschäftsleiterin SKS



suva

A-Post
Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern

Suva

Fluhmattstrasse 1
Postfach 4358
6004 Luzern

Telefon 041 419 51 11
Telefax 041 419 58 28
Postkonto 60-700-6
www.suva.ch

Marc Epelbaum, lic.iur.
Direktwahl 041 419 55 00
Direktfax 041 419 61 70
marc.epelbaum@suva.ch

Datum 04. Oktober 2016
Betrifft Vernehmlassung zur Teilrevision des
Versicherungsvertragsgesetzes

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Bundesrat hat am 6. Juli 2016 die Teilrevision des Versicherungsvertragsgesetzes in die Vernehmlassung gegeben. Obwohl die Suva nicht zur Stellungnahme eingeladen wurde, äussern wir uns im Rahmen unseres Zuständigkeitsbereichs dennoch wie folgt:

Regress der Sozialversicherer

Zwischen den schweizerischen Sozialversicherungen, insbesondere der Unfallversicherung, und den Privatversicherungen besteht rechtlich ein enger Zusammenhang und Koordinationsbedarf. Gemäss Art. 72 ff. ATSG treten die Sozialversicherungen in die Rechte der Geschädigten ein und machen Haftpflichtansprüche geltend (Regress). Sie erbringen Leistungen für Personenschäden, die teilweise auch von Privatversicherungen gedeckt werden, woraus sich Prioritäts- und Konkurrenzfragen ergeben.

Wir gehen daher auf die besonderen Bestimmungen in Art. 59 und Art. 60a E-VVG ein. Die formelle Anpassung mit den neuen Abschnittsbezeichnungen und der neuen Unterscheidung zwischen Sachversicherung, Haftpflichtversicherung, Lebensversicherung sowie Unfall- und Krankenversicherung anstelle der bisherigen Unterscheidung zwischen Schaden- und Personenversicherung dient der Klarheit und wird unterstützt.

Deckungsausschluss (Art. 59 Abs 1 VVG)

Die Suva stellt fest, dass Art. 59 Abs. 1 VVG unverändert bestehen bleibt. Diese Tatsache begrüssen wir, jedoch genügt die Bestimmung in der heutigen Zeit nicht mehr. Die Deckungsprobleme, welche aufgrund der Deckungsausschlussklauseln in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der schweizerischen Versicherungsgesellschaften bestehen, werden so nicht gelöst. Nach wie vor finden sich in den AVB durchwegs Bestimmungen wie: «Nicht versichert sind jedoch gegen Arbeitnehmer und Hilfspersonen erhobene Regress- und Ausgleichsansprüche Dritter für Leistungen, die sie den Geschädigten ausgerichtet haben».

Diese Regressausschlussklausel richtet sich vor allem gegen die gesetzlichen Regressansprüche der Sozialversicherungen und dient dazu, deren gemäss Art. 72 ff. ATSG auf einer Legalzession begründeten Rückgriffsansprüche zu vereiteln. Mit dieser AVB-Klausel werden berechnete Deckungserwartungen der betroffenen Betriebe und deren Arbeitnehmer enttäuscht. Insbesondere kleinere und mittlere Betriebe sind als Versicherungsnehmer darauf angewiesen, dass sie und ihre Arbeitnehmer sich bei Unfällen, bei denen Arbeitnehmer aus Drittbetrieben betroffen sind, auf den Versicherungsschutz ihrer Betriebshaftpflichtversicherung stützen können. Deren Zweck ist es, die Betriebe und ihre Arbeitnehmer vor den finanziellen Folgen eines im Rahmen ihrer betrieblichen Tätigkeit geschehenen Unfalles zu schützen. Gewährt die Betriebshaftpflichtversicherung keine Deckung, muss die Sozialversicherung ihre gesetzlichen Regressrechte gegen die Betriebe und deren Arbeitnehmer direkt durchsetzen und gefährdet damit deren Existenz.

Die Deckungsausschlüsse für Regressansprüche in den AVB der Betriebshaftpflichtversicherungen setzen somit die versicherten Personen und Betriebe einem erheblichen finanziellen Risiko aus. Kann die Sozialversicherung infolge fehlender finanzieller Mittel den Regress nicht durchsetzen, muss das bei ihr versicherte Kollektiv für den Schaden aufkommen. Eine solche Kostenverteilung ist sachfremd, ineffizient und führt zu einer nicht gerechtfertigten Sozialisierung von Haftpflichtansprüchen.

Einredeausschluss (Art. 59 Abs. 2 E-VVG)

Der Revisionsentwurf sieht vor, dass bei obligatorischen Haftpflichtversicherungen keine Einreden wegen grobfahrlässiger oder vorsätzlicher Verursachung des versicherten Ereignisses, Verletzung von Obliegenheiten usw. entgegengehalten werden können. Weder die Privathaftpflichtversicherung, welche heute auch Schäden insbesondere aus Velo- oder Skiunfällen decken muss, noch die Betriebshaftpflichtversicherung, welche bei Stürzen von Arbeitern von Gerüsten oder Dächern einzustehen hätte, sind aber obligatorische Versicherungen. In diesen Bereichen bestehen hingegen die grössten Risiken für geschädigte Personen. Die vorgeschlagene Beschränkung des Einredeausschlusses auf obligatorische Versicherungen genügt nicht, um Geschädigten und Sozialversicherungen im praktisch wichtigsten Anwendungsbereich einen genügenden Schutz ihrer Ansprüche gegen Haftpflichtige zu gewähren.

Unsere Anträge zu Art. 59 E-VVG

¹ Hat sich der Versicherungsnehmer gegen die Folgen der mit einem gewerblichen Betriebe verbundenen gesetzlichen Haftpflicht versichert, so erstreckt sich die Versicherung auch auf die Haftpflicht der Vertreter des Versicherungsnehmers, auf die Haftpflicht der mit der Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebes betrauten Personen sowie auf die Haftpflicht der übrigen Arbeitnehmer und Hilfspersonen des Versicherungsnehmers aus ihren geschäftlichen Verrichtungen für den versicherten Betrieb.

² (neu) Die Versicherung deckt sowohl die Ersatzansprüche der Geschädigten als auch die Rückgriffsansprüche von Sozial- und Schadenversicherungen aus Art. 72 ATSG und Art. 95c E-VVG.

³ (neu) Gegenüber geschädigten Personen können Einreden aus grobfahrlässiger oder vorsätzlicher Verursachung des versicherten Ereignisses, Verletzung von Obliegenheiten, unterbliebener Prämienzahlung oder einem vertraglich vereinbarten Selbstbehalt nicht entgegengehalten werden.

Direktes Forderungsrecht (Art. 60a E-VVG)

Die Suva begrüsst die Einführung des direkten Forderungsrechts gegen das Versicherungsunternehmen. Damit werden vor allem die Betriebe (als Versicherungsnehmer der Betriebshaftpflichtversicherung) und natürliche Personen (als Versicherungsnehmer der Privathaftpflichtversicherung) vor unnötigen Prozessrisiken und deren Kostenfolgen bewahrt. Dies hat jedoch nur Wirkung, wenn auch die Einredemöglichkeiten des Versicherungsunternehmens entfallen. Andernfalls sind die geschädigten Personen und die regressierenden Sozialversicherer gezwungen, vorsorglich sowohl die Betriebe oder natürliche Personen als auch das Versicherungsunternehmen einzuklagen, wenn z.B. mit einer Einrede wegen grober Fahrlässigkeit gerechnet werden muss. Dies widerspricht dem Sinn und Zweck der Haftpflichtversicherung und führt im Haftungsprozess zu Interessenkollisionen. Die Haftpflichtversicherung müsste bei solcher Ausgangslage im Prozess einerseits die Interessen ihres Versicherungsnehmer vor ungerechtfertigten Ansprüchen wahren, andererseits sich wegen der möglichen Einrede der groben Fahrlässigkeit gleichzeitig gegen ihren eigenen Versicherungsnehmer stellen. In solchen Konstellationen führt nur ein internes Regressrecht des Versicherungsunternehmens auf den Versicherungsnehmer zu einer angemessenen Lösung.

Unsere Anträge zu Art. 60a E-VVG

¹ Die geschädigte Person hat im Rahmen der Versicherungsdeckung ein direktes Forderungsrecht gegen das Versicherungsunternehmen. ~~Vorbehalten bleiben Einwendungen und Einreden, die ihr das Versicherungsunternehmen aufgrund des Gesetzes oder des Vertrags entgegenhalten kann.~~

² Die geschädigte Person kann von der haftpflichtigen Person Auskunft über deren Haftpflichtversicherung verlangen.

³ (neu) Einreden aus dem Versicherungsvertrag oder aus dem Bundesgesetz vom ... über den Versicherungsvertrag können der geschädigten Person nicht entgegengehalten werden. Bei Einwendungen oder Einreden, die das Versicherungsunternehmen aufgrund des Gesetzes oder des Vertrags dem Versicherungsnehmer entgegenhalten kann, steht dem Versicherungsunternehmen das Rückgriffsrecht auf den Versicherungsnehmer zu.

⁴ Dieser Artikel findet auf die nicht obligatorische Haftpflichtversicherung für reine Vermögensschäden keine Anwendung

Unseres Erachtens verbessern die vorgeschlagenen Änderungen den Versicherungsschutz für KMU und natürliche Personen erheblich. Sie entsprechen den berechtigten Erwartungen der Versicherungsnehmer und stehen im Einklage mit der heutigen Lehre¹. Zudem führen sie zu einer korrekten Risiko- und Kostenallokation und verhindern aufwändige und kostspielige Mehrfachprozesse. Damit dürften die Änderungsvorschläge letztlich auch im Interesse der Versicherungsunternehmen liegen.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Suva



Marc Epelbaum, lic.iur.
Generalsekretär

¹ Vgl. dazu: STÖCKLI Hubert, "Die Suva-Klausel und ihre Auslegung", HAVE 2013, S. 373 ff.; HERI Lea, "Verträgt sich die Suva-Klausel mit dem Freistellungsanspruch der Arbeitnehmer nach Art. 321e OR?", HAVE 2015, S. 146 ff.; Stephan Weber, "Totalrevision VVG, Koordination von Privatversicherungsleistungen", 2006, S. 110 f.; MÜLLER Alexander, "Regress im Schadenausgleichsrecht unter besonderer Berücksichtigung des Privatversicherers", Diss. St. Gallen, 2006, S. 130 ff.; LÄUBLI ZIEGLER Sylvia, "Deckungsausschlüsse für Regressansprüche", HAVE 2004, S. 26 ff.

suva

Mehr als eine Versicherung
Mieux qu'une assurance
Più che un'assicurazione

A-Post
Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern



De: Garré Roy BStGer
Envoyé: lundi 17 octobre 2016 17:01
À: _EFD-RD-Regulierung; _SIF-Rechtsdienst
Cc: Miro Dangubic
Objet: Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen des rubrizierten Vernehmlassungsverfahrens. Nach eingehendem Studium des zur Diskussion stehenden Vorhabens sind wir zum Schluss gelangt, dass dieses keine Aspekte beinhaltet, welche im Lichte der statutarischen Aufgaben der Vereinigung eine besondere Stellungnahme unsererseits verlangen würden.

Mit vorzüglicher Hochachtung

PD Dr. iur. Roy Garré
Giudice – Presidente Associazione svizzera dei magistrati

Tribunale penale federale

Viale Stefano Franscini 7, CP 2720
CH - 6501 Bellinzona
Tel. +41 91 822 62 62
Fax +41 91 822 62 42
roy.garre@bstger.ch
www.svr-asm.ch

Von: regulierung@gs-efd.admin.ch [<mailto:regulierung@gs-efd.admin.ch>]

Gesendet: Mittwoch, 6. Juli 2016 16:15

An: mail@bdp.info; info@cvp.ch; vernehmlassungen@evppev.ch; jean-richard@fdp.ch; gruene@gruene.ch; schweiz@grunliberale.ch; pdaz@pda.ch; info@svp.ch; verena.loembe@spschweiz.ch; wyrsc.w@bluewin.ch; info@cspo.ch; info@sab.ch; verband@chgemeinden.ch; info@staedteverband.ch; info@economiesuisse.ch; info@sgv-usam.ch; verband@arbeitgeber.ch; info@sbv-usp.ch; office@sba.ch; info@sgb.ch; info@kfmv.ch; info@travailsuisse.ch; meinrad.vonreding@igb2b.ch; info@unisg.ch; info@inter-pension.ch; forum@konsum.ch; daniela.richner@rechtsberatung-up.ch; stephan.fuhrer@sghvr.ch; spo@spo.ch; info@konsumentenschutz.ch; info@assistiftung.ch; info@vsvv.ch; hischier@lawbiz.ch; info@vbv-afa.ch; info@inclusion-handicap.ch; info@sirm.ch; info@siba.ch; info@acs.ch; geschaefsstelle@hplus.ch; Vögele Jean-Marc BFK <jean-marc.voegele@bfk.admin.ch>; info@expertsuisse.ch; mail@irv.ch; roger.schober@jgk.be.ch; help@versicherungsombudsman.ch; info@om-kv.ch; info@privatehospitals.ch; mail@santesuisse.ch; sekretariat@actuaries.ch; info@svr-asm.ch; info@sav-fsa.ch; info@svvg-fsaga.ch; info@svv.ch; info@s-ge.com; info@tcs.ch; V.Lincoln@treuhandsuisse.ch; vcs@verkehrsclub.ch; _WEKO-Info <weko@weko.admin.ch>; info@centrepatrional.ch

Betreff: Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens: Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie erhalten anbei das Schreiben von Bundesrat Maurer zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens betreffend eine Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

Das Vernehmlassungsverfahren wird elektronisch durchgeführt. Die Vernehmlassungsunterlagen

- Vorentwurf VVG
- Erläuternder Bericht
- Synopse
- Liste der Vernehmlassungsadressaten

können auf der Website des EFD

www.efd.admin.ch > Dokumentation > Medienmitteilung (d)

www.efd.admin.ch > Documentation > Communiqués du DFF (f)

www.efd.admin.ch > Documentazione > Comunicati stampa (i)

sowie über folgende Internetadressen eingesehen werden:

www.admin.ch > Bundesrecht > Vernehmlassungen > Laufende Vernehmlassungen (d)

www.admin.ch > Droit fédéral > Consultations > Procédures de consultation en cours (f)

www.admin.ch > Diritto federale > Consultazioni > Procedure di consultazione (i)

Wir bitten Sie, Ihre Stellungnahme **bis 27. Oktober 2016** an folgende Email-Adresse zuzustellen:

regulierung@gs-efd.admin.ch

Für Rückfragen und allfällige Informationen steht Ihnen Herr Mirko Grunder (mirko.grunder@gs-efd.admin.ch, Tel. 058 469 30 72) gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Eidgenössisches Finanzdepartement EFD
Generalsekretariat EFD
Rechtsdienst

Bundesgasse 3, 3003 Bern
Tel. +41 (0)58 462 63 07
Fax +41 (0)58 463 26 47

regulierung@gs-efd.admin.ch
www.efd.admin.ch

Sollten Sie diese E-Mail fälschlicherweise erhalten haben, kontaktieren Sie bitte umgehend den Absender und löschen Sie die E-Mail sowie sämtliche Anhänge aus Ihrem System.

Si vous avez reçu ce courriel par erreur, nous vous prions de contacter immédiatement l'expéditeur et d'effacer le message de votre système avec toutes les pièces jointes.

Chiunque ricevesse questo messaggio per errore è pregato di contattare immediatamente il mittente e di eliminare definitivamente l'invio e tutti gli allegati.

If you have received this e-mail in error, please notify the sender immediately, then delete it from your system together with all of the enclosures.

Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern
regulierung@gs-efd.admin.ch

Zürich, 27. Oktober 2016

Stellungnahme zur Teilrevision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zur Teilrevision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) teilnehmen zu können. Die Privatassekuranz ist als Gesetzesadressat von der Revision direkt betroffen. Gerne nehmen wir deshalb die Gelegenheit wahr, Ihnen nachfolgend die Stellungnahme des Schweizerischen Versicherungsverbandes SVV zu unterbreiten:

Der SVV unterstützt die Teilrevision des VVG gemäss Auftrag des Parlamentes. Sie trägt berechtigten Anliegen der Versicherungskundinnen und -kunden (Widerrufsrecht, Kündigungsrecht, Verjährungsfrist) Rechnung. Der vorliegende Entwurf geht jedoch über den Rückweisungsbeschluss des Parlamentes hinaus und entspricht in der vorliegenden Form einer Totalrevision:

- Die Vorlage (inkl. vorgeschlagene systematische Änderungen, die mit materiellen Eingriffen verbunden sind) stellt rund drei Viertel des VVG zur Disposition (siehe Ziffer 1.1).

- Zahlreiche Vorschläge entsprechen entweder nicht dem Rückweisungsbeschluss (z.B. eine zwingende Nachhaftung, ein Verbot für Änderungen der Allgemeinen Vertrags-/Versicherungsbedingungen oder ein Kündigungsverbot in der Krankenzusatzversicherung) oder
- widersprechen diesem (Erfordernis einer schlanken Teilrevision sowie unveränderte Beibehaltung der Teilrevision 2006/2007).

Der SVV ist für eine konsequente Umsetzung der Vorgaben des Parlamentes. Eine Quasi-Totalrevision lehnt er ab.

Unsere zentralen Anliegen sind einerseits grundsätzlicher Natur (z.B. Festhalten an den Errungenschaften der Teilrevision 2006/2007, Regulierungsfolgeabschätzung, keine Verbote im Privatrecht). Andererseits schlagen wir u.a. eine verbesserte Eingrenzung des Schutzbereichs, eine vertiefte Anpassung des VVG an die digitalen Entwicklungen und eine Übergangsbestimmung vor.

1 Grundsätzliche Bemerkungen

1.1 Ausgangspunkt: Rückweisungsbeschluss des Parlaments einhalten

Der SVV unterstützt eine (weitere) Teilrevision des VVG. Ein Widerrufsrecht, ein ordentliches Kündigungsrecht oder eine Verlängerung der Verjährungsfrist sind Anliegen, die dem Erfordernis eines modernen Kundenschatzes Rechnung tragen und ihren Niederschlag im VVG finden sollen.

Auch wenn wir anerkennen, dass sich die Versicherungsbranche seit dem Beschluss des Parlamentes vom März 2013 weiter im Umbruch befindet (fortschreitende Digitalisierung, anhaltende Tiefzinsphase), ist dem Auftrag des Parlamentes Folge zu leisten und nur das Nötigste anzupassen. Der Branchenumbruch hat wenig Berührung mit dem Inhalt des VVG. Wir sind deshalb von der Fülle und dem Umfang des Vernehmlassungsentwurfs überrascht. Während das geltende VVG 104 Artikel umfasst, stellt der Vernehmlassungsentwurf rund 80 Änderungen zur Diskussion (inkl. systematische Änderungen, die mit materiellen Eingriffen verbunden sind). Damit stehen drei Viertel des VVG zur Disposition. Das entspricht quasi einer Totalrevision und weicht deutlich vom Auftrag des Parlamentes ab. Zahlreiche Vorschläge sind nicht durch den Rückweisungsbeschluss gedeckt (wie beispielsweise eine zwingende Nachhaftung, ein Verbot

für Änderungen der Allgemeinen Vertrags-/Versicherungsbedingungen, ein Kündigungsverbot in der Krankenzusatzversicherung oder eine Neustrukturierung des Gesetzes) oder widersprechen ihm (Erfordernis einer schlanken Teilrevision sowie unveränderte Beibehaltung Teilrevision 2006/2007).

Der SVV ist für eine konsequente Umsetzung der Vorgaben des Rückweisungsbeschlusses des Parlamentes. Die Versicherungskunden in der Schweiz sind durch das geltende Versicherungsrecht (Versicherungsaufsichtsgesetz mit Aufsichtsverordnung, Versicherungsvertragsgesetz und zahlreiche Rundschreiben der Finma) und durch freiwillige Massnahmen der Versicherer (Ombudsstelle der Privatversicherer, Lernattestierungssystem/Branchenregister «Cicero») gut geschützt. Das bestätigt auch eine repräsentative Studie des Instituts für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen von 2015 («Konsumentenschutz aus Kundensicht»)¹.

1.2 Auswirkungen der Revision prüfen

Wie bei allen Gesetzgebungsvorhaben erwartet der SVV auch für die Teilrevision des VVG eine fundierte Kosten-Nutzen-Abschätzung. Im erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage fehlt eine solche Abschätzung. Festgehalten wird in lediglich pauschaler Weise, dass die vorgeschlagene Regulierung die Wettbewerbsintensität insgesamt erhöht, was sich dämpfend auf die Kostenentwicklung auswirke (vgl. Seite 60).

Es ist fraglich, ob der erläuternde Bericht damit dem politischen Zeitgeist für eine fundierte Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) gerecht wird (vgl. Motionen 15.3400 Vogler und 15.3445 Caroni, welche 2016 an den Bundesrat überwiesen wurden). Die Vernehmlassungsadressaten verfügen über keine RFA, die die Auswirkungen auf die Betroffenen (Unternehmen, Konsumenten, Staat) darlegt. Den Vernehmlassern fehlt daher ein zentrales Element zur Beurteilung der Revisionsvorlage. Sie können deshalb keine Abwägung der Kosten (direkte und indirekte Regulierungskosten sowie weitere Auswirkungen) und des Nutzens der Vorlage vornehmen. Das ist insbesondere bedauerlich, als die Vernehmlassungsvorlage, wie dargelegt, deutlich über den Parlamentsbeschluss hinausgeht.

¹ Vgl. <http://www.svv.ch/de/publikationen-uebersicht/konsumentenschutz-aus-kundensicht-eine-empirische-studie-im-schweizer-versi>

Wir verweisen hierzu noch einmal auf die Studie des Institutes für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen, aus der hervorgeht, dass die Zahlungsbereitschaft der Kundinnen und Kunden für mehr Konsumentenschutz gering ist (vgl. «Konsumentenschutz aus Kundensicht», IVW der Universität St. Gallen 2015, Seite 9).

2 Zentrale Anliegen im Detail

2.1 Bestandteile der Teilrevision 2006/2007 beibehalten

Im Rahmen der Teilrevision des VVG, die per 1. Januar 2006 beziehungsweise 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, sind zentrale Kundenanliegen – wie die vorvertragliche Informationspflicht der Versicherer und eine Neuregelung der Anzeigepflichtverletzung – bereits realisiert worden. An diesen Änderungen, die das Ergebnis eines sechsjährigen Revisionsverfahrens sind, und die in den Gesellschaften einen hohen Umsetzungsaufwand mit Zusatzkosten zur Folge hatten, ist gemäss Auflage des Parlamentes unverändert festzuhalten.

Es besteht keine Notwendigkeit, diese Bestimmungen des VVG bereits wieder zu revidieren und die Branche mit erneuten Umsetzungsaufwänden und Zusatzkosten zu belasten. Unternehmen wie auch Versicherte sind auf eine stabile Rechtsordnung angewiesen. Eine erneute Revision der Bestimmungen, die auf Anfang 2006 beziehungsweise 2007 eingeführt wurden, lehnen wir deshalb ab (vgl. auch Beilage 1).

2.2 Keine Verbote im Privatrecht

Als Ergänzungserlass zum Obligationenrecht gehört das VVG zum Privatrecht. Ein zentrales Prinzip des Privatrechts ist die Vertragsfreiheit.

Der Vernehmlassungsentwurf führt drei Bestimmungen auf, die Verbote adressieren (vgl. Art. 35 VE-VVG zum Verbot von Änderungen der Allgemeinen Vertrags-/Versicherungsbedingungen, Art. 35a Abs. 4 VE-VVG zum Kündigungsverbot für Krankenversicherer und Verbot nach Art. 35d VE-VVG zur Kranken- und Unfallversicherung).

Diese Verbote sind nicht gerechtfertigt. Sie greifen ohne Not in die Vertragsfreiheit ein und widersprechen dem Rückweisungsbeschluss des Parlamentes. Dieser hält klar fest,

dass mit der Teilrevision unnötige Eingriffe in die Vertragsfreiheit zu vermeiden sind. Hinzu kommt, dass die Versicherungsbranche – im Gegensatz zu anderen Branchen – einer strengen staatlichen Aufsicht untersteht. Bei allfälligen Missbräuchen von Versicherungsunternehmen kann die Finma einschreiten (vgl. Art. 46 Abs. 1 Bst. f. VAG und Art. 117 AVO).

Die Verbote nach Art. 35a Abs. 4 und 35d VE-VVG unterscheiden zudem nicht zwischen Sozial- und Privatversicherung. Bei der sozialen Krankenversicherung gelten besondere Regeln (Obligatorium, Aufnahmewang, Kündigungsverbot für Versicherer, usw.). Sie untersteht dem Sozialversicherungsrecht. Die freiwilligen Zusatzversicherungen (beispielsweise Spitalzusatzversicherungen) hingegen sind explizit dem Privatrecht und damit dem VVG zugewiesen (vgl. Art. 2 Abs. 2 Krankenversicherungsaufsichtsgesetz KVAG). Für diese Versicherungsverträge ist somit vom Grundsatz der Vertragsfreiheit auszugehen.

Vor diesem Hintergrund und mit dem Verweis auf den parlamentarischen Revisionsauftrag lehnen wir die vorgeschlagenen Änderungen ab.

2.3 Schutzbereich des VVG angemessen eingrenzen

Auch im Sinne des Rückweisungsbeschlusses des Parlamentes (vgl. Ziff. 3) ist der Schutzbereich des VVG angemessen einzugrenzen. Der Vernehmlassungsentwurf (Art. 98a VE-VVG) vermag in diesem zentralen Punkt nicht zu überzeugen (vgl. dazu den Vorschlag des SVV in Beilage 1).

2.4 Elektronischem Geschäftsverkehr umfassend Rechnung tragen

Ebenfalls im Sinne des Rückweisungsbeschlusses des Parlamentes (vgl. Ziff.5) ist dem elektronischen Geschäftsverkehr und den technologischen Entwicklungen – wie z.B. den sogenannten Insurtech-Startups, die mit digitalen Lösungen den Versicherungsmarkt entscheidend verändern – Rechnung zu tragen.

Das VVG soll diese Entwicklungen aufgreifen und der Versicherungsbranche und ihren Kundinnen und Kunden eine umfassende Nutzung des elektronischen Geschäftsverkehrs ermöglichen. Der elektronische Geschäftsverkehr soll in allen Vertragsstadien – über die ganze Wertschöpfungskette des Versicherungsgeschäfts hinweg – möglich sein.

Das bedingt einerseits, das VVG technologieneutral zu formulieren und Begriffe, die den elektronischen Geschäftsverkehr behindern, konsequent zu eliminieren. Andererseits sind durch die Zulassung von elektronischen Mitteilungen beziehungsweise elektronischen Policen Rechtssicherheit zu schaffen und digitale Prozesse zu ermöglichen.

Der Vernehmlassungsentwurf wird diesen Anliegen nicht in allen Punkten gerecht (vgl. die Formulierungsvorschläge in Beilage 2).

2.5 Regelung betreffend Gefahrsänderung beibehalten

Die Bestimmungen zur Gefahrserhöhung und -verminderung (Art. 23 und 28 ff. VVG) können unverändert beibehalten werden (unter Vorbehalt von Anpassungen an den E-Commerce). Eine Änderung dieses Themenkomplexes sprengt den Rahmen einer Teilrevision. Eine umfassende Neuerung, wie vorgesehen (acht Artikel sind betroffen), würde bei den Versicherungsunternehmen einen beträchtlichen zusätzlichen Aufwand mit entsprechenden Kostenfolgen verursachen (z.B. Anpassung von Produkten und Dokumenten, mögliche Zunahme des Schadenaufwandes).

2.6 Keine zwingende Nachhaftung

Der vorgeschlagene Art. 35c, der eine zwingende Nachhaftung bis zu fünf Jahre nach Beendigung eines Versicherungsvertrags vorsieht, stellt einen gravierenden Eingriff in die Produktgestaltung der Versicherer dar. Wir lehnen ihn deshalb ab.

Der Eingriff betrifft 25 Versicherungszweige mit je zahlreichen Produkten, wobei verschiedene Prinzipien zu berücksichtigen sind (z.B. Schadeneintrittsprinzip, Behandlungsprinzip in der Krankenversicherung, Anspruchserhebungsprinzip «claims made»).

Wir erkennen keinen Grund, warum der Gesetzesgeber auf diese Weise in die Produktgestaltung der Versicherer eingreifen will. Im erläuternden Bericht fehlt eine entsprechende Begründung.

Eine Nachhaftung nach Vertragsende wäre nicht ohne Kostenfolge möglich. Das gebietet das aufsichtsrechtliche Erfordernis der Solvenzerhaltung. Sie besagt, dass die Versicherer eine solche zusätzliche Leistung nicht zum Nulltarif gewähren dürfen. Eine

generell gültige Nachhaftung würde somit die Versicherungsprodukte unnötig verteuern, was nicht im Interesse der Kundinnen und Kunden sein kann (vgl. Beilage 1).

2.7 Art. 45 VVG unverändert beibehalten

Gemäss Art. 45 Abs. 1 Bst. b VE-VVG soll neu bei einer Obliegenheitsverletzung zusätzlich ein Kausalitätserfordernis gelten. Das führt dazu, dass die geltende Schutzwirkung von Art. 45 Abs. 1 VVG unverhältnismässig vergrössert wird. Neben der Vertragsverletzung durch den Versicherungsnehmer und dessen Verschulden muss zusätzlich ein Kausalzusammenhang vorliegen (Einfluss der Vertragsverletzung auf Eintritt des befürchteten Ereignisses), den ebenfalls der Versicherer zu beweisen hat. Die Einführung eines Kausalitätserfordernisses in Art. 45 Abs. 1 VVG hätte demnach eine Aushöhlung einer wichtigen Bestimmung zur Folge, deren Verletzung der Versicherer mit der angepassten Bestimmung kaum mehr einwenden kann.

Das geltende Recht (Art. 45 Abs. 1 VVG) ist somit unverändert beizubehalten.

2.8 Gesetzliches Pfandrecht ausbauen – Geschädigtenschutz ohne direktes Forderungsrecht verbessern

Die Vernehmlassungsvorlage plädiert für vermehrten Konsumentenschutz. Auch der Versicherungsnehmer ist «Konsument». Somit darf Konsumentenschutz nicht auf Geschädigten-Bedürfnisse reduziert werden. Das Pfandrecht von Art. 60 VVG bietet nur in einer seltenen Konstellation zu wenig Schutz, nämlich dann, wenn der Haftpflichtige persönlich nicht mehr ins Recht gefasst werden kann. Der SVV unterstützt die Forderung nach mehr Konsumentenschutz, wenn man die Vorteile des Pfandrechtes beibehält und für diesen seltenen Fall eine zusätzliche Lösung schafft.

Das direkte Forderungsrecht hat schwerwiegende Nachteile. Beim direkten Forderungsrecht verliert der Versicherungsnehmer die Wahlfreiheit, seine Versicherung in Anspruch zu nehmen, an den Geschädigten. Wieso soll ein Geschädigter allgemein privilegiert werden, wenn der Schädiger freiwillig eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen hat? Der Versicherer seinerseits wird wegen des Vertrages zu einem einklagbaren Haftungssubjekt, ohne dass das materielle Haftpflichtrecht das verlangt. Der Geschädigte erhält das Dilemma der Wahl, wen er einklagen soll. Es genügt, den Anspruch auf Haftpflichtleistungen aus einem bestehenden Versicherungsvertrag in jedem Fall dem Geschädigten zugutekommen zu lassen.

Dort wo ein direkter Zugriff auf Versicherer nötig ist (z.B. Strassenverkehrsgesetz) ist das direkte Forderungsrecht punktuell bereits im (Haftpflicht-)Gesetz verankert. Das vorgeschlagene allgemeine direkte Forderungsrecht im VVG geht zu weit, ist unnötig und volkswirtschaftlich schädlich.

Als Alternative schlägt der SVV ein beschränktes direktes Forderungsrecht dort vor, wo der Haftpflichtige als Rechtssubjekt nicht mehr greifbar ist. Nur dort, wo es an einklagbaren Haftpflichtigen mangelt, ist es angemessen, dass Geschädigte direkt an den Versicherer gelangen können. Die Schweiz würde mit einem allgemeinen direkten Forderungsrecht vorprellen, Geschädigte einseitig begünstigen und Schweizer Versicherer international einseitig benachteiligen.

2.9 Begünstigungsordnung bei Lebensversicherungen beibehalten

Die heutige Regelung der Begünstigungsordnung bei Lebensversicherungen hat sich in der Praxis bewährt und ist – mit Artikel 74, 76 und 78 VVG – unverändert beizubehalten. Der Erläuternde Bericht zur Vernehmlassungsvorlage enthält keine Hinweise, die eine Änderung notwendig erscheinen liessen. Eine Änderung ist auch nicht Inhalt des parlamentarischen Revisionsauftrages. Die vorgeschlagenen Anpassungen schaffen Rechtsunsicherheit, führen zu einem nicht abschätzbaren administrativen Mehraufwand (Art. 74 VE-VVG) und schränken das Gestaltungs- und Verfügungsrecht des Versicherungsnehmers massgeblich ein (betrifft Art. 74, 76 und 78 VE-VVG).

2.10 Übergangsbestimmung vorsehen

Die Vernehmlassungsvorlage sieht keine Übergangsbestimmung vor. Die neuen und revidierten Bestimmungen des VVG werden die Prozesse der Versicherungsgesellschaften bedeutend beeinflussen – etwa in der Produkteentwicklung, bei Kundendokumenten / Versicherungsbedingungen, bei der Risikobewertung und -übernahme, beim Vertragsmanagement, im Kundenservice, beim Schadenmanagement, in der Betrugserkennung, bei der Ausbildung und im Vertrieb. Eine Übergangsbestimmung ist deshalb zwingend aufzunehmen.

In der Übergangsbestimmung ist zwischen bestehenden und neuen Versicherungsverträgen wie folgt zu differenzieren:

- Bestehende Verträge (Abschluss vor Inkrafttreten des revidierten Rechts): Das Prinzip der Nichtrückwirkung von Gesetzen ist zu beachten (vgl. Art. 9 Bundesverfassung und Art. 1 ff. Schlusstitel zum ZGB). Somit soll das bisherige VVG weitergelten, zumal eine Rückwirkung mit Neuverhandlungen und unerwünschten Folgen für beide Vertragsparteien verbunden wäre (Prüfung und Anpassung der Altverträge an rückwirkend anwendbare Neuregelungen beziehungsweise neue Leistungen und voraussichtliche Prämienerrhöhungen für Bestandskunden).
- Neue Verträge (Abschluss nach Inkrafttreten des revidierten VVG): Es ist eine angemessene Übergangsfrist von mindestens zwei Jahren vorzusehen, um den Versicherern ausreichend Zeit für System- oder Ablaufanpassungen inklusive Schulung zu geben.

Für die in diesem Schreiben erläuterten zentralen Anliegen als auch für weitere Hinweise unsererseits verweisen wir auf die Beilagen 1 und 2.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anträge und Vorschläge bei der weiteren Behandlung der Vorlage. Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung. Wir sind auch gerne bereit, unsere schriftlichen Ausführungen an einem Treffen zu erläutern.

Mit freundlichen Grüßen

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Lucius Dür
Direktor



Marc Chuard
Leiter Ressort Finanz und Regulierung

Beilagen erwähnt

Teilrevision VVG

Weiterführende Erläuterungen betreffend die zentralen Anliegen und Hinweise SVV

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
Systematik	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	<i>Hinweis SVV</i> Der SVV unterstützt keine systematischen Änderungen, die mit materiellen Änderungen einhergehen. Systematische Änderungen können – eventuell nicht beabsichtigte – materielle Konsequenzen zur Folge haben (dies wird im erläuternden Bericht nicht beleuchtet). Es gilt zu beachten, dass es 25 Versicherungszweige mit je zahlreichen Produkten und verschiedenen Prinzipien gibt (siehe die Liste der Versicherungszweige in der Aufsichtsverordnung zum VAG, Anhang 1). So hat beispielsweise das Verschieben der Artikel 61, 68 und 70 VVG in den neuen ersten Titel «Allgemeine Bestimmungen» zur Folge, dass die fraglichen Bestimmungen neu für sämtliche Versicherungszweige gelten (unter anderem neu auch für Lebensversicherungen).

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Der SVV stellt sich nicht gegen vorgeschlagene Anpassungen im Sinne zeitgemässer, besser verständlicher Formulierungen ohne inhaltliche Änderungen.
I. Allgemeine Bestimmungen		
2. Abschnitt: Aufklärungspflichten (neuer Gliederungstitel)		
Art. 3 Informationspflicht des Versicherers (Änderung)	Bestandteil der Teilrevision 2006/2007 und gemäss Rückweisungsbeschluss unverändert beizubehalten.	Der geltende, in der Teilrevision VVG eingeführte Art. 3 VVG umfasst bereits die Punkte, die für den Versicherungsvertrag wesentlich sind, und gewährleistet, dass der Kunde vor Vertragsabschluss die relevanten Informationen erhält. Informationspflichten, die über Wesentliches hinausgehen, bewirken kaum Aufklärung, sondern eher Verwirrung. Es besteht die Gefahr, dass Wichtiges neben Unwichtigem untergeht. Eine Informationspflicht der Lebensversicherer bezüglich Kosten (wie in Art. 3 Abs. 1 Bst. f vorgeschlagen) wird deshalb abgelehnt. Die Kunden werden bereits heute über den wesentlichen Inhalt einer Lebensversicherung vorvertraglich informiert (siehe Art. 3 Abs. 1 Bst. e und f. VVG sowie Informationspflichten des Aufsichtsrechts in Art. 130 AVO und Rundschreiben Finma 2016/6). Mit der Kenntnis der Kosten-/Kalkulationsbestandteile, aus denen der Versicherer die Gesamtprämie für einen bestimmten Vertrag berechnet hat, ist dem Versicherungsnehmer nicht gedient.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Kosten, die Bestandteil der Prämienkalkulation sind, unterliegen zudem dem Geschäftsgeheimnis. Deren Berechnung und Zuordnung variiert von Versicherungsgesellschaft zu Versicherungsgesellschaft. Der Kunde könnte so zu einer Fehleinschätzung kommen, wenn er das Unternehmen, das für einen Kalkulationsbestandteil einen niedrigeren Betrag nennt, deswegen insgesamt für «preiswerter» oder optimaler halten würde. Für einen Vergleich bräuchte es somit einheitliche Kostenrechenmodelle. Vereinheitlichte Kostenrechenmodelle sind aber keine Option und wären auch kartellrechtlich höchst problematisch. Es ist fraglich, ob eine Informationspflicht betr. Summen-/Schadenversicherung für den Kunden einen Zusatznutzen darstellt (betrifft Art. 3 Abs. 1 Bst. b). Zu bedenken gilt auch, dass Versicherungsprodukte sowohl Elemente aus der Summenversicherung (z.B. Invaliditätskapitalien) wie auch aus der Schadenversicherung (z.B. Heilungskosten) enthalten können (z.B. eine Unfallversicherung). Eine Zuordnung des Versicherungsvertrages – wie in Art. 3 Abs. 1 Bst. b gefordert – ist in diesen Fällen nicht möglich. Einen Zusatznutzen für den Kunden stellt hingegen die Information betreffend das Widerrufsrecht dar (Art. 3 Abs. 1 Bst. h VE-VVG). Einer entsprechenden Ergänzung der Informationspflichten wird deshalb zugestimmt.
Art. 6 Folgen der verletzten Anzeigepflicht (Änderung)	Bestandteil der Teilrevision 2006/2007 und gemäss Rückweisungsbeschluss unverändert beizubehalten.	Art. 6 VVG wurde mit der Teilrevision bereits massgeblich geändert und konsumentenfreundlich gestaltet.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Mit der vorgeschlagenen Änderung (Einführung Zusatz «soweit» in Absatz 3) wird das Recht des Versicherers auf Leistungsablehnung ausgehöhlt. Es wäre dem beweisbelasteten Versicherer in der Praxis kaum möglich, einen der Teilkausalität entsprechenden Leistungskürzungsgrad korrekt zu ermitteln. Aufgrund der Beweisprobleme erhielte der Versicherungsnehmer, welcher die Anzeigepflicht verletzt, die volle Leistung. Damit würde der unredliche Versicherungsnehmer zu Lasten des Versicherungskollektivs privilegiert. Zudem hätte die Anzeigepflicht kaum mehr Präventivwirkung, weil der Versicherungsnehmer wenig Anreiz hätte, die Fragen korrekt zu beantworten.
Art. 8 Nichteintritt der Folgen der verletzten Anzeigepflicht (Änderung von Ziffer 6 / Aufhebung zweiter Satz)	Bestandteil der Teilrevision 2006/2007 und gemäss Rückweisungsbeschluss unverändert beizubehalten.	Es gibt keinen Anlass, diesen Artikel erneut zu ändern. Der Zusatz in Ziffer 6 hat in der Praxis durchaus seine Berechtigung, z.B. bei öffentlichen Ausschreibungen von Versicherungsleistungen.
3. Abschnitt: Inhalt und Verbindlichkeit des Vertrags (neuer Gliederungstitel)		
Art. 11 Police (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag (unter Vorbehalt e-commerce)	Art. 11 Abs. 1 VE-VVG wird dem Auftrag des Parlaments betr. elektronischer Geschäftsverkehr nicht gerecht. Im Hinblick auf Online- und Mobile-Versicherungen muss es möglich sein, eine Police auch elektronisch zur Verfügung zu stellen. Mit einem Schriftlichkeitserfordernis – wie in Art. 11 Abs. 1 verlangt – ist dies nicht möglich.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Eine E-Commerce-Tauglichkeit der Police erfordert entsprechende Änderungen von Art. 11 VE-VVG sowie von Art. 13 VE-VVG Rechtliche Natur der Police; Abtretung und Verpfändung (siehe dazu die Formulierungsvorschläge zu Art. 11 und 13 VE-VVG in der Beilage 2). Das zur Verfügung stellen einer Police soll aber aus Sicht des SVV nicht nur mit elektronischer Signatur, sondern auch in anderen digitalen Formen möglich sein. Eine Anpassung an die fortlaufende technologische Entwicklung muss möglich sein. Die Police ist kein Wertpapier, sondern lediglich eine Zusammenfassung der wesentlichen Elemente des Versicherungsvertrages. <i>Hinweis SVV:</i> In der Botschaft sollte zudem klargestellt werden, dass mit der einschlägigen Streichung in Art. 11 VVG kein Verbot einer Gebührenerhebung verbunden ist.
4. Abschnitt: Prämie (neuer Gliederungstitel)		
Art. 23 betr. Prämie, f. Prämienreduktion (Aufgehoben)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Der SVV lehnt eine Streichung von Art. 23 VVG ab. Diese Streichung steht im Kontext mit den vorgeschlagenen Neuerungen bei den Gefahrsänderungen. Wir verweisen diesbezüglich auf die Ausführungen unter Art. 27 ff. VE-VVG.
Art. 24 betr. Prämie, g. Teilbarkeit (Änderung)	Bestandteil der Teilrevision 2006/2007 und gemäss Rückweisungsbeschluss unverändert beizubehalten.	Die vorgeschlagene Änderung von Art. 24 und 42 VVG hat ein Vertragsungleichgewicht zur Folge: Ein Versicherungsnehmer könnte im ersten Jahr kündigen und die Prämie pro rata temporis zurückfordern, währenddem der Versicherer neben Schadenzahlungen auch auf den initial hohen Abschlusskosten (u.a. für die Risikoprüfung) sitzenbleibt. Im Teilschadenfall mit unterjähriger Kündigung des Versicherungsnehmers

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		muss es somit dem Versicherungsunternehmen weiterhin möglich sein, die Kosten des Vertragsabschlusses zumindest teilweise zu amortisieren.
5. Abschnitt: Änderung des Vertrags (neuer Gliederungstitel)		
Art. 27 Änderung der Gefahr (neu)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Die Änderungen gemäss Art. 23, 27 ff. sind nicht Bestandteil des Rückweisungsbeschlusses des Parlaments (unter Vorbehalt von Anpassungen an den E-Commerce). Es lässt sich nicht rechtfertigen, entgegen einem parlamentarischen Auftrag (derart umfangreiche und weitreichende Änderungen) im Rahmen einer Teilrevision vorzunehmen. Die vorgeschlagenen Änderungen werden abgelehnt und das geltende Recht ist beizubehalten.
Art. 28 Gefahrerhöhung mit Zutun des Versicherungsnehmers (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	
Art. 28a Gefahrsminde- rung (neu)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Zumal eine derart umfassende Neuregelung der Gefahrsänderung auf Seiten der Versicherungsunternehmen einen beträchtlichen zusätzlichen Aufwand verbunden mit entsprechenden Kosten verursacht (u.a. Anpassung der Produkte und der Dokumente, mögliche Zunahme des Schadenaufwandes). Diesen Mehrkosten steht seitens Versicherungsnehmer kein entsprechender Zusatz-nutzen gegenüber.
Art. 29 Vorbehalt besonderer Vereinbarungen (Aufgehoben)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	
Art. 30 Gefahrerhöhung ohne Zutun des Versicherungsnehmers (Aufgehoben)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
Art. 31 Gefahrerhöhung beim Kollektivversicherungsvertrage (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	
Art. 32 Nichteintritt der Folgen der Gefahrerhöhung (Ziffern 1 und 4 Aufgehoben)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	
Art. 35 Revision der allgemeinen Versicherungsbedingungen (Aufgehoben und ersetzt durch neue Bestimmung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Der SVV lehnt die vorgeschlagene neue Bestimmung ab. Versicherungsunternehmen müssen auch künftig die Möglichkeit haben, den Vertragsbestand mittels Bedingungsänderungsklausel veränderten Gegebenheiten anzupassen. Sie müssten ansonsten Prämien erhöhungen oder Änderungskündigungen aussprechen; beides wäre nicht im Interesse der Kunden. Das gilt für die Versicherungsbranche umso mehr, da Versicherungsverträge vielfach lange Zeit in Kraft sind. Die Umstände, unter denen ein Versicherungsvertrag geschlossen worden ist, können sich während der Vertragsdauer ändern: – rechtliche Entwicklungen (Revisionen von Gesetzen und Verordnungen, neue/geänderte Rundschreiben der Finma oder geänderte Rechtsprechung); Beispiele: – Revision Strassenverkehrsgesetz und Abschaffung Velovignette im Jahr 2012: Änderung AVB in Privathaftpflichtversicherung und neu zugunsten der Kunden

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Einschluss der Schäden, die ein Velofahrer verursacht, in seine private Haftpflichtversicherung; oder – Vertragsanpassungsklausel in den AVB im Zusammenhang mit einer erheblichen Änderung des maximalen technischen Zinssatzes gemäss Aufsichtsrecht. – technische/weitere Entwicklungen, wie z.B. Cyber Risk, selbstfahrende Autos, etc. Dementsprechend müssen Bedingungsänderungsklauseln – auch in Bezug auf Konsumentenverträge – weiterhin möglich sein. Versicherungsbedingungen (inkl. Bedingungsänderungsklauseln) unterliegen bereits heute den AGB- und UWG-Regeln. Es gibt keinen Anlass, für die Versicherungsbranche in Abweichung von diesen Regeln ein Verbot zu statuieren: AGB werden bekanntlich in den verschiedensten Branchen verwendet. Es handelt sich nicht um eine versicherungsspezifische Thematik, die eine derartige lex specialis rechtfertigen würde. Die Versicherungsbranche untersteht notabene – im Gegensatz zu anderen Branchen – einer staatlichen Aufsicht. Bei allfälligen Missbräuchen kann die Finma bereits heute gestützt auf die Missbrauchsaufsicht einschreiten (siehe Art. 46 Abs. 1 Bst. f. VAG und Art. 117 AVO). Nach der Praxis steht dem Versicherungsnehmer bei entsprechenden Vertragsänderungen ein Kündigungsrecht zu, womit er sich keine ungewollten Vertragsänderungen entgegenhalten lassen muss.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
6. Abschnitt: Beendigung des Vertrags (neuer Gliederungstitel)		
Art. 35a Ordentliche Kündigung (neu)	Direkter parlamentarischer Auftrag für Kündigungsrecht	Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb in Bezug auf die private / freiwillige Krankenzusatzversicherung nicht der Vorschlag gemäss Botschaft zur Totalrevision des VVG aufgenommen worden ist (siehe Art. 52 Abs. 3 Botschaft Totalrevision VVG / «3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bestimmungen für die Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach Artikel 7 Absätze 7 und 8 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG).»). Ein Kündigungsverbot in der privaten / freiwilligen Krankenzusatzversicherung – wie in Abs. 4 gefordert – ist jedenfalls unverhältnismässig und wird entschieden abgelehnt. Es handelt sich um einen gravierenden Eingriff in die Vertragsfreiheit, welcher im Widerspruch zum Rückweisungsbeschluss des Parlaments steht (siehe Forderung des Parlaments, wonach unnötige Eingriffe in die Vertragsfreiheit zu vermeiden sind). Es ist nicht einzusehen, weshalb den Krankenversicherern im privaten / freiwilligen Zusatzversicherungsbereich kein Kündigungsrecht zustehen soll. Eine solche Regelung, welche alle Krankenversicherungsverträge umfasst (also auch die kollektive Krankentaggeldversicherung), passt allenfalls im Sozialversicherungsrecht (siehe einseitiges Kündigungsrecht für obligatorische Grundversicherung in Art. 7 KVG). Sie gehört jedoch nicht in die Privatversicherung.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Die Begründung für das vorgeschlagene Kündigungsverbot verfährt nicht (siehe erläuternder Bericht, Seite 34: «da sich die Versicherungsnehmerinnen und die Versicherungsnehmer mit diesen Versicherungen gerade gegen das Risiko versichern, ein schlechtes Risiko zu sein»). Wer beispielsweise eine Halbprivat-Versicherung abschliesst, tut dies nicht, weil er sich für ein schlechtes Risiko hält, sondern weil er die Leistungen einer Halbprivat-Versicherung nutzen will. In der kollektiven Krankentaggeldversicherung verfährt das Argument gemäss erläuterndem Bericht ebenfalls nicht, da der Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) an Arbeitnehmern interessiert ist, die möglichst selten arbeitsunfähig sind.
Art. 35c Nachhaftung (neu)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Der SVV lehnt die vorgeschlagene Bestimmung ab. Art. 35c, welcher eine zwingende fünfjährige Nachhaftung nach Beendigung eines Versicherungsvertrags vorsieht, stellt einen gravierenden Eingriff in die Produktgestaltung dar. Dieser Eingriff betrifft 25 Versicherungszweige mit je zahlreichen Produkten, wobei die verschiedensten Prinzipien zu berücksichtigen sind (z.B. Schadeneintrittsprinzip, Behandlungsprinzip in der Krankenversicherung, Anspruchserhebungsprinzip «claims made»). Es gibt keinen Grund, derart in die Produktgestaltung der Versicherer einzugreifen. Im erläuternden Bericht fehlt dafür eine fundierte Analyse / Begründung. Falls für Kunden ein Bedürfnis nach einer Nachhaftung besteht, bieten die Versicherungsunternehmen schon heute entsprechende Versicherungslösungen an. Eine fünfjährige Nachhaftung nach Vertragsende ist jedoch nicht kostenlos möglich. Aus dem

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		aufsichtsrechtlichen Gebot der Solvenzerhaltung folgt, dass die Versicherer eine solche zusätzliche Leistung nicht zum Nulltarif gewähren können. Eine zwingende fünfjährige Nachhaftung verteuert somit unnötigerweise die Versicherungsprodukte, was nicht Interesse der Versicherungsnehmer sein kann. Folgende Beispiele sollen der Illustration des Problems dienen: – Rechtsschutzversicherung Diese aktuelle Unterscheidung in Art. 35c VE-VVG zwischen Rechtsschutz- und Haftpflichtversicherung verwundert sehr, schliesslich sind sich beide Produkte sowohl in versicherungssystematischer als auch in versicherungstechnischer Hinsicht sehr ähnlich. Eine unterschiedliche Handhabung erscheint ungerechtfertigt und sachfremd. So kommt es nicht selten vor, dass beispielsweise in einer haftpflichtrechtlichen Streitigkeit die Rechtsverfolgungskosten der einen Partei von der Haftpflichtversicherung und diejenigen der Gegenpartei von der Rechtsschutzversicherung zu tragen sind. Im gleichen Rechtsstreit gewährt die Haftpflichtversicherung den «passiven» und die Rechtsschutzversicherung den «aktiven» Rechtsschutz der jeweils bei ihnen versicherten Person(en). Die Leistungspflichten sind übereinstimmend gleicher Natur – es geht um rechtliche Beratung und / oder die Übernahme von Anwaltskosten, Kosten für Expertisen, Prozessentschädigung an die Gegenpartei und dgl. Somit wird deutlich, dass zwischen den Haftpflichtversicherungen und den Rechtsschutzversicherungen eine systematische Vergleichbarkeit besteht.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Darüber hinaus sind sowohl die Haftpflicht- als auch die Rechtsschutzversicherung davon geprägt, dass die Versicherungen ihre technischen Risiken auch ohne Nachhaftung sehr lange in den Büchern haben (teilweise über dreissig Jahre). Im Verhältnis zur Prämie weisen die Versicherungssummen einen extrem hohen Faktor auf (bis zu Faktor 5000). Aus diesen Umständen ergibt sich auch bei den Rechtsschutz-Versicherungen bei der jährlichen Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Rechtssicherheit bei der Ermittlung der Kalkulationsgrundlagen, was durch die vorgesehene Einführung der Nahhaftung nicht mehr sichergestellt wäre. Zuletzt ist zu berücksichtigen, dass die Rechtsschutzversicherung eine freiwillige Versicherung ist. Kündigt nun ein Kunde bewusst diesen Schutz, so verzichtet er bewusst auf diese Unterstützung. Bei Einführung einer Nachhaftung könnte der Kunde nach Eintritt eines möglichen Sachverhaltes, der einen Gerichtsprozess nach sich ziehen kann, die Versicherung kündigen, sich somit die Prämie ersparen und sich trotzdem günstig bzw. auf Kosten der Versichertengemeinschaft in der Zukunft, vertreten lassen. – Krankenzusatzversicherung Eine zwingende Nachhaftung ist mit der Krankenversicherung nicht vereinbar. In der Krankenversicherung ist es nicht möglich, die «Krankheit» als Schadenfall genau zu definieren, weil z.B. Leistungen ohne Vorhandensein einer genauen Diagnose ausgelöst werden können. Aus diesem Grund richten sich die Krankenversicherer nach dem Prinzip des Behandlungsdatums. Nach dem KVG kommt es daher für die Bestimmung des

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		zuständigen leistungspflichtigen Krankenversicherers nicht darauf an, in welchem Zeitpunkt eine Krankheit entstanden oder erstmals in Erscheinung getreten ist. Leistungspflichtig ist derjenige Krankenversicherer, der im Zeitpunkt der Behandlung für die betreffende Person die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführt (Behandlungsprinzip). Bei einem Versichererwechsel ist daher der bisherige Versicherer für Behandlungen, die nach dem Ausscheiden bei ihm durchgeführt werden, nicht mehr leistungspflichtig (Gebhard Eugster, in: SBVR [Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht] Band XIV, 2. Auflage, N. 161). Die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung folgen demselben Prinzip. Damit werden sämtliche Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen verschiedenen Krankheiten, Rückfällen und Spätfolgen geklärt. – Kollektive Krankentaggeldversicherung Zweck der kollektiven Krankentaggeldversicherung ist es, dem Arbeitgeber eine Deckung für dessen Lohnfortzahlungspflicht nach Art. 324a OR zu gewähren. Dementsprechend ist der Versicherer im Zeitpunkt des Eintrittes der Arbeitsunfähigkeit für die Leistungsausrichtung zuständig. Nicht massgebend ist dagegen, bei welchem Versicherer die Krankheit zuerst aufgetreten ist oder behandelt worden ist. Um Einschränkungen betreffend vorbestehenden Krankheiten im Falle eines Arbeitgeberwechsels oder bei Übernahme des Kollektivvertrages durch einen neuen Versicherer zu verhindern, haben die Versicherer (Privat- und Krankenversicherer) ein Freizügigkeitsabkommen abgeschlossen (siehe

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		http://www.svv.ch/article3911/politik-und-recht/recht/kollektiv-krankentaggeldversicherung-freizuegigkeitsabkommen.htm). Dieses Abkommen sieht vor, dass der neue Versicherer ab dem Zeitpunkt des Arbeitgeber- oder Versichererwechsels sämtliche bestehenden Leistungsansprüche weiter ausrichtet, und zwar nach den Bestimmungen des vormaligen Versicherers. Dieses System, das in der Praxis sehr gut funktioniert, würde durch die vorgeschlagene Nachhaftungsregelung verunmöglicht. Der alte Versicherer könnte dann bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit immer noch belangt werden. Es würden sich zwangsläufig unlösbare Zuständigkeitsprobleme stellen. Auch gewähren die meisten Krankentaggeldversicherer beim Ausscheiden aus dem Kollektivvertrag des Arbeitgebers ein Übertrittsrecht in die Einzel-Krankentaggeld-Versicherung. In dieses gut funktionierende System würde mit einer zwingenden Nachhaftungsregelung ohne Not eingegriffen – dies zum Nachteil der Arbeitgeber und der versicherten Personen. – Lebensversicherung In der Lebensversicherung würde die Nachhaftungsbestimmung insbesondere bei der Versicherung von Kapitalleistungen infolge Invalidität zu grosser Rechtsunsicherheit und höheren Prämien führen, was mit Sicherheit nicht im Interesse der Versicherungsnehmer sein kann. Denn bei Neuabschlüssen müsste die Nachhaftung bei der Risikoprüfung bzw. bei der Prämienfestlegung berücksichtigt werden, was sich zweifellos auf die Prämien auswirken würde. Bei Todesfallversicherungen, wo die versicherte Gefahr und der «daraus entstehende Schaden» zeitlich nicht auseinanderklaffen, sollte

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		diese Bestimmung nicht anwendbar sein. Dies gilt auch für Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, wo das Leistungsende im Vertrag festgehalten wird und dem Vertragsende entspricht.
Art. 35d Hängige Versicherungsfälle (neu)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Art. 35d widerspricht dem Rückweisungsbeschluss des Parlamentes, der klar festhält, dass im Rahmen einer Teilrevision des VVG unnötige Eingriffe in die Vertragsfreiheit zu vermeiden sind. Die vorgeschlagene Bestimmung stellt einen gravierenden Eingriff in die Vertragsfreiheit dar und wird abgelehnt. Art. 35d, welcher die Kranken-/Unfallversicherung betrifft, befindet sich gesetzessystematisch an der falschen Stelle. Mit dieser Bestimmung soll gemäss erläuterndem Bericht (Seite 36) ein Urteil des Bundesgerichtes (BGE 135 III 225) umgesetzt werden. Dabei wird übersehen, dass das Bundesgericht im fraglichen Entscheid keineswegs Vertragsbestimmungen, wie sie nun durch Art. 35d für nichtig erklärt werden sollen, für ungültig erklärt hat. Das Bundesgericht hat sich vielmehr mit der Auslegung einer solchen Vertragsbestimmung befasst und festgehalten, sie sei im zu beurteilenden konkreten Fall in den Vertragsbestimmungen am falschen Ort verankert worden und sei deshalb ungewöhnlich. Es lässt sich nicht rechtfertigen, durch die falsche Interpretation eines Bundesgerichtsurteils eine unnötige Bestimmung im VVG zu verankern, die in derart gravierender Art und Weise in die Vertragsfreiheit eingreift.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
7. Abschnitt: Eintritt des befürchteten Ereignisses (neuer Gliederungstitel)		
Art. 38 Anzeigepflicht nach Eintritt des befürchteten Ereignisses (neuer Absatz 1^{bis})	Kein direkter parlamentarischer Auftrag (unter Vorbehalt e-commerce)	<i>Hinweis SVV</i> Der vorgeschlagene, neue Absatz1^{bis} hält eine Selbstverständlichkeit fest und ist deshalb unnötig. Zudem unterstellt die Vorschrift, dass Versicherer unangemessene Fristen setzen, wofür es keinen Anlass gibt. Im erläuternden Bericht findet sich schliesslich auch keine Rechtfertigung für diese neue Bestimmung (siehe Seite 37).
Art. 42 Teilschaden (Abs. 3 Aufgehoben)	Bestandteil der Teilrevision 2006/2007 und gemäss Rückweisungsbeschluss unverändert beizubehalten.	In der Teilrevision VVG 2006/2007 ist der Kritik betr. Unteilbarkeit der Prämie Rechnung getragen worden. Dabei ist die Ausnahme in Art. 42 Abs. 3 bewusst beibehalten worden (siehe Botschaft Totalrevision VAG / Teilrevision VVG vom 9. Mai 2003, Seite 3857). Art. 42 Abs. 3 (da bereits Gegenstand der Teilrevision) ist somit im Sinne des Rückweisungsbeschluss des Parlaments unverändert beizubehalten. Diese Regelung stellt nach wie vor eine ausgewogene Lösung dar: Im Teilschadenfall mit unterjähriger Kündigung des Versicherungsnehmers muss es dem Versicherungsunternehmen weiterhin möglich sein, die Kosten des Vertragsabschlusses (u.a. Kosten der Risikoprüfung) zumindest teilweise zu amortisieren.
8. Abschnitt: Weitere Bestimmungen (neuer Gliederungstitel)		

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
Art. 45 Unverschuldete Vertragsverletzung (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Art. 45 VVG ist unverändert beizubehalten. Nach heute geltendem Art. 45 Abs. 1 VVG kann das Versicherungsunternehmen einen vertraglich stipulierten Rechtsnachteil nur dann geltend machen, wenn eine verschuldete Verletzung einer Obliegenheit vorliegt. Dabei trägt der Versicherer die Beweislast für das Vorliegen einer Obliegenheitsverletzung und den daraus entstandenen Rechtsnachteil. Der Anspruchsberechtigte hat sein Nichtverschulden zu beweisen. Mit Art. 45 Abs. 1 Bst. b VE-VVG wird zusätzlich neu ein Kausalitätserfordernis statuiert zwischen dem Eintritt des befürchteten Ereignisses und der Leistungskürzung. Das führt dazu, dass die heute bereits bedeutsame Schutzwirkung für den Anspruchsberechtigten unverhältnismässig vergrössert wird, da neben der Obliegenheitsverletzung und dem Rechtsnachteil zusätzlich ein Kausalzusammenhang vorliegen muss, welcher ebenfalls der Versicherer zu beweisen hat. Die Einführung eines Kausalitätserfordernisses in Art. 45 Abs. 1 VVG hat demnach eine weitere Aushöhlung einer wichtigen vertraglichen Verhaltensvorschrift zur Folge, deren Verletzung der Versicherer mit der angepassten Bestimmung kaum mehr anwenden kann.
Art. 46 Verjährung und Befristung (Änderung)	Direkter parlamentarischer Auftrag	<i>Hinweis SVV</i> In Bezug auf die kollektive Krankentaggeldversicherung kann einer Verlängerung der Verjährungsfrist nicht zugestimmt werden. In Bezug auf diese Versicherungen ist eine Verjährungsfrist von fünf Jahren nicht praktikabel und führt im Ergebnis zu Rechtsunsicherheit. Wir schlagen daher folgende Änderung in Art. 46 in Form eines zusätzlichen Absatzes 3 vor:

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		«³Die Forderungen aus dem Vertrag der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach diesem Gesetz verjähren in zwei Jahren nach dem Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.» Bei strittigen Fällen ist es bereits bei der geltenden Verjährungsfrist von zwei Jahren äusserst schwierig, die Leistungspflicht zu beurteilen. Denn die Ärzte/Gutachter weigern sich je länger je mehr, nach einer Periode von bis zu zwei Jahren (heutige Regelung; neu wäre es nach einer Periode von bis zu fünf Jahren) Aussagen über den Gesundheitszustand einer Person zu machen. Eine Verlängerung der Verjährungsfrist auf fünf Jahre ist in der Krankentaggeldversicherung schlicht nicht praktikabel. Es geht per Definitionen um vorübergehende, kurzfristige Leistungen für einen begrenzten Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichtes: 4A_471/2014 vom 2. Februar 2015, Erw. 6.3). Fünf Jahre später sind die Abklärungen und die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit rückwirkend kaum mehr zuverlässig möglich. Sodann hat das Bundesgericht vor kurzem die Praxis zur Verjährung präzisiert (Urteil des Bundesgerichtes: 4A_20/2013 vom 15. Juli 2013), was dazu führt, dass die Ansprüche nunmehr nicht mehr gesamthaft, sondern «pro rata» innerhalb von zwei Jahren seit der Entstehung verjähren. Da bei Taggeldversicherungen die Leistungsdauer i.d.R. 720 Tage beträgt, führt dies faktisch zu einer Verdoppelung der gesamten Verjährungsfrist. Das Bundesgericht selbst geht zudem, zu Gunsten der Anspruchsberechtigten davon aus, dass es sog. «untypischen Fälle» gibt, nämlich dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		erst später rückwirkend attestiert bzw. «erkannt» wird. In diesem Fall sei es «billig», wenn die Verjährungsfrist erst mit der späteren, rückwirkenden Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit zu laufen beginne (Urteile des Bundesgerichts: 4A_280/2013 vom 20. September 2013 sowie 4A_471/2014 vom 2. Februar 2015, Erw. 4.2 und 6.1 f.). Eine Verjährungsfrist von fünf Jahren für Krankentaggeldversicherungen ist auch im Vergleich zu den Regelungen in anderen Ländern unangemessen. So gilt beispielsweise in Deutschland eine Frist von drei Jahren nach Abschluss des Jahres in dem der Anspruch entstanden ist (vgl. § 199 Abs. 1 BGG und M. Sauer, Krankentagegeldversicherung, 2. Auflage, 2014, S. 163 f.) Eine fünfjährige Verjährungsfrist im Bereich der kollektiven Krankentaggeldversicherung würde somit zu grosser Rechtsunsicherheit und zu langwierigen Streitigkeiten mit erheblichem administrativem Aufwand und entsprechenden Kosten führen, was sich zweifellos zulasten der Versicherungsnehmer und der versicherten Personen auf die Prämien auswirken würde.
Art. 46a Konkurs des Versicherungsnehmers (Systematik: Verschieben von Art. 55 VVG in modifizierter Form in Allgemeine Bestimmungen , neu Art. 46a VE-VVG)	Art. 55 Abs. 1 bzw. Art. 46a Abs. 1 VE-VVG war Bestandteil der Teilrevision 2006/2007 und ist gemäss Rückweisungsbeschluss unverändert beizubehalten.	In Absatz 1 von Art. 46a VE-VVG ist im Interesse der Rechtssicherheit folgende Ergänzung / Präzisierung vorzunehmen: «¹ Wird über den Versicherungsnehmer der Konkurs eröffnet, so bleibt der Vertrag bestehen und die Konkursverwaltung ist zu dessen Erfüllung verpflichtet. Artikel 81 und die Vorschriften dieses Gesetzes über die Beendigung des Vertrags bleiben vorbehalten.»

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Gemäss Beurteilung des SVV wäre zudem eine Streichung des Absatzes 2 möglich, da Sinn und Zweck dieser Bestimmung nicht nachvollziehbar sind. Denn die unpfändbaren Vermögenswerte im Sinne von Art. 92 SchKG fallen ohnehin nicht in die Konkursmasse und bleiben dem Gemeinschuldner zur freien Verfügung. Bei einem Schadenfall kommt daher die Entschädigung des Versicherungsunternehmens allein dem Schuldner zugute und kann gar nicht in die Konkursmasse fallen.
Art. 46b Mehrfachversicherung (Systematik: Ver-schieben von Art. 53 VVG in modifizierter Form in Allgemeine Bestimmungen, neu Art. 46b VE-VVG)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag (unter Vorbehalt e-commerce)	<i>Hinweis SVV</i> Art. 53 ist mit dem heutigen Wortlaut beizubehalten (unter Vorbehalt der Anpassung betr. e-commerce). Der Bedarf für die vorgeschlagene Änderung ist nicht ausgewiesen. Der neue Absatz 2 von Art. 46 VE-VVG öffnet Tür und Tor für Konflikte und Auslegungstreitigkeiten (u.a. betreffend die Frage der Kenntnismahme). Zudem erhält der Kunde vor Vertragsabschluss eine ausführliche Kundeninformation nach Art. 3 VVG und neu ein Widerrufsrecht. Es ist ihm damit möglich, allfällige Mehrfachversicherungen zu erkennen und entsprechend zu handeln. Ein Ausbau des Kundenschutzes in dieser Sache ist damit – auch im Sinne des Grundsatzes «Verträge sind zu halten» – nicht erforderlich.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Es wird in der Praxis v.a. im Heilungskostenbereich schwierig sein, zu definieren, ob eine Mehrfachversicherung vorliegt oder nicht, da die Produkte und damit die Leistungen nicht kongruent sind.
II. Besondere Bestimmungen (neuer Gliederungstitel) 1. Abschnitt: Sachversicherung (neuer Gliederungstitel)		
Art. 53 Doppelversicherung (Systematik: Verschieben von Art. 53 VVG in modifizierter Form in Allgemeine Bestimmungen , neu Art. 46b VE-VVG)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	<i>Hinweis SVV</i> Wir verweisen auf die Ausführungen unter Art. 46b VE-VVG. Art. Art. 53 ist mit dem heutigen Wortlaut beizubehalten (unter Vorbehalt der Anpassung betr. e-commerce).
Art. 55 Konkurs des Versicherungsnehmers (Systematik: Verschieben von Art. 55 VVG in modifizierter Form in Allgemeine Bestimmungen , neu Art. 46a VE-VVG)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	<i>Hinweis SVV</i> Es ist zu prüfen, ob die Verschiebung in den Allgemeinen Teil zu Problemen führt. Im Übrigen sehen wir keine Probleme aufgrund des leicht angepassten Wordings.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
2. Abschnitt: Haftpflichtversicherung		
Art. 59 Haftpflichtversicherung a. Umfang (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Art. 59 wird abgelehnt (vgl. nachfolgend Antrag / Begründung zu Art. 60a VE-VVG).
Art. 60a Direktes Forderungsrecht und Auskunftsanspruch (neu)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Art. 60a VE-VVG wird abgelehnt. Art. 60 VVG ist mit folgender Ergänzung beizubehalten: Art 60 ¹ Am Versicherungsanspruch, der dem Versicherungsnehmer aus der Versicherung gegen die Folgen gesetzlicher Haftpflicht zusteht, besitzt der geschädigte Dritte im Umfange seiner Schadenersatzforderung Pfandrecht. Der Versicherer ist berechtigt, die Ersatzleistung direkt an den geschädigten Dritten auszurichten. ^{2 (neu)} Sofern im Zeitpunkt der Geltendmachung der Schadenersatzforderung keine haftpflichtigen Versicherten als Haftungssubjekte mehr vorhanden sind, steht dem Geschädigten oder seinen Rechtsnachfolgern gegen den Versicherer -im Rahmen der Versicherungsdeckung und unter Vorbehalt der Einwendungen und Einreden, die ihm das Versicherungsunternehmen aufgrund des Gesetzes oder des Vertrages entgegenhalten kann - ein direktes Forderungsrecht zu. ^{3 (neu)} Ist gegen den Versicherungsnehmer die Pfändungsankündigung erfolgt oder die Konkursandrohung ausgesprochen oder dessen Zahlungsunfähigkeit auf andere Art offensichtlich, kann der Dritte Haftpflichtansprüche im Rahmen der Deckung analog Abs.2 beim Versicherungsunternehmen geltend machen.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		4 (Abs.2 alt) Der Versicherer ist für jede Handlung, durch die er den Dritten in seinem Rechte verkürzt, verantwortlich. 5 (Art. 60a Abs.2 VE-VVG) Die geschädigte Person kann von der haftpflichtigen Person oder bei Fehlen derselben vom Versicherer direkt, Auskunft über Art und Umfang des Haftpflichtversicherungsschutzes verlangen. Begründung: Der «Konsument» ist vor allem und meistens versicherter Kunde und nicht in erster Linie der Geschädigte. Der so definierte Konsument wurde zu seinen Bedürfnissen nach einem direkten Forderungsrecht konkret nie befragt, sondern es werden meist nur (vermeintliche) Geschädigten-Bedürfnisse auf das unscharfe Stichwort «Konsumentenschutz» reduziert. Es ist davon auszugehen, dass der Konsument folgendes will: – Transparente Versicherungsverträge – Günstige Konditionen – Faire Vertragspartner – Keine Haftungsverschärfung mit wirtschaftlichen Folgen für die Prämie – Keine Verkomplizierung von Gerichtsverfahren Der Geschädigte (Kunde mit Haftungsansprüchen) will:

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		– nicht Parteiwahl/Mehrparteioption, sondern schnelle, einfache Klärung des Sachverhaltes – bei Haftung (nach bestehendem Haftungsrecht!) eine schnelle Entschädigung – Sicherheit der Zahlung bei Haftung – Schnellen, einfachen Zugang zum Recht (Geld). Die Gesellschaft und Wirtschaft als gesamtes will: – Keine internationale Benachteiligung (Haftungsexposition der Industrie) durch schärfere abweichende Normen – Keine versteckte Haftungsverschärfung durch Versicherungsvertragsgesetz (Einre- denausschluss) – Keine aufwändigen Mehrparteienverfahren Unter diesen Prämissen ist kein Mehrwert des geplanten direkten Forderungsrechtes ersichtlich. Echten Mehrwert gibt es nur bei strenger Kausalhaftung mit klaren gesetzlicher Tatbestandsmässigkeit (klassisch und anerkannt im Strassenverkehrsrecht, SVG). Bei allen anderen Konstellationen (Vertrags-/Verschuldenshaftung/milde Kausalhaftung) ist das direkte Forderungsrecht eher hinderlich oder gar schädlich. Es bestehen folgende eklatante Nachteile: – Nachteil, dass sich der Geschädigte beim direkten Forderungsrecht mit zwei Parteien und mit Deckungsfragen auseinandersetzen muss.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		– Gläubigerschutz wird komplizierter und teurer (Mehrparteienverfahren, Wahl dilemma (Prozess gegen Versicherer oder Geschädigter oder beide?)) – International tätige Schweizer Versicherer sind im Ausland stärker exponiert mit entsprechenden Kosten- und damit Prämienfolgen. Es fehlt an einem allgemeinen echten Bedarf für ein generelles direktes Forderungsrecht! Hingegen ist das Pfandrecht auszubauen.
		<i>Hinweis SVV</i> Der SVV stellt eine zunehmende Regulierungsdichte im Bereich Pflichtversicherungen, vor allem im Bereich Haftpflicht, fest. Aktuell existieren in der Schweiz über 40 Haftpflichtversicherungsobligationen auf Bundesebene und daneben noch über 100 kantonale Obligationen, welche nach keinem einheitlichen Vorgabesystem erlassen sind. Wenn keine allgemein anerkannten Benchmarks angewendet werden, wird das Instrument Pflichtversicherung zu einem zufälligen Instrument ohne Mehrwert für Konsumenten. Der SVV unterstützt gemäss seiner öffentlich zugänglichen Strategie (http://www.svv.ch/de/content-default/pflichtversicherung) eine einheitliche und versicherungstechnische Ausgestaltung von Pflichtversicherungen.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Wo Pflichtversicherungen sinnvoll sind, ist vielfach eine Ermessensfrage. Damit das Ermessen einheitlich ausgeübt wird und ein einheitlicher Bemessungsmassstab gilt, empfiehlt der SVV jeweils vor dem Entscheid, ob eine Pflichtversicherung Sinn macht, diverse Kriterien gemäss einem Bewertungsschema systematisch zu gewichten. Pflichtversicherungen sind nach einheitlichen Grundsätzen und ausschliesslich bundesrechtlich zu regeln, da Gefahren keine Grenzen kennen. Für Einzelfälle wie grosse Veranstaltungen, Feste, Rennen etc. bleibt die lokale Behörde auf dem Verfügungsweg zuständig, die eigentliche Polizeidomäne. Vorschlag des SVV für einen neuen Artikel: Art 60a neu ¹ Die gesetzliche Normierung von obligatorischen Haftpflichtversicherungen beziehungsweise anderweitiger obligatorischer Sicherstellungen von Haftpflichtansprüchen ist Sache des Bundes. ² Die Ausgestaltung der Obligationen wird in den entsprechenden Gesetzen festgelegt, und erfolgt nach vom Bundesrat festzulegenden Kriterien, wobei marktfähige Versicherungslösungen vorzusehen sind. ³ Eidgenössische, kantonale oder kommunale Behörden sind befugt, in Einzelfällen den Abschluss einer obligatorischen Haftpflichtversicherung zu verfügen.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
3. Abschnitt: Lebensversicherung (neuer Gliederungstitel)		
Art. 74 Versicherung auf fremdes Leben (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag (unter Vorbehalt e-commerce)	Art. 74 VVG ist unverändert beizubehalten. Die Bestimmung, dass der Abschluss der Versicherung auf den Tod einer anderen Person deren Zustimmung bedarf, ist unbestritten und Bestandteil der bestehenden Regelung im VVG. Dagegen ist die neu vorgesehene Bestimmung, dass die Änderung (auch Erstellung) der Begünstigung bei einer solchen Versicherung der Genehmigung durch die versicherte Person bedarf, nicht einsehbar. Im Erläuternden Bericht zur Vernehmlassungsvorlage fehlt eine entsprechende Begründung. Die vorgesehene Änderung hätte für das Versicherungsunternehmen einen erheblichen Mehraufwand zur Folge und birgt vor allem die grosse Gefahr von Rechtsunsicherheit in der Zeit zwischen Errichtung/Abänderung der Begünstigung durch den Versicherungsnehmer und der verlangten Genehmigung durch die versicherte Person. In erster Linie stellt die vorgesehene Änderung jedoch eine materiell erhebliche Einschränkung des höchstpersönlichen Rechts des Versicherungsnehmers auf Errichtung/Änderung einer Begünstigung in der Säule 3 dar, wozu jede Grundlage fehlt. Aus diesen Gründen und weil die Änderung von Art. 74 nicht Bestandteil des Rückweisantrags des Parlaments (unter Vorbehalt von Anpassungen an den E-Commerce) ist, wird die vorgeschlagene Bestimmung abgelehnt.

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
Art. 76 Versicherung zugunsten Dritter, a. Grundlage. Umfang der Begünstigung (neuer Absatz 3)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Art. 76 VVG ist unverändert beizubehalten (der neue Absatz 3 ist zu streichen). Die Ergänzung durch den neuen Absatz 3 braucht es nicht. Sie stellt ebenfalls einen Eingriff in das höchstpersönliche Verfügungsrecht des Versicherungsnehmers dar und würde künftig die Möglichkeit, Begünstigten eine bestimmte Quote zuzuweisen, verunmöglichen. Verliert eine begünstigte Person ihren Anspruch aus Gründen, die sie zu verantworten hat, ist dies – wie es in der Praxis entsprechend gehandhabt wird - so zu behandeln, wie wenn die begünstigte Person vorverstorben wäre. Der Anspruch geht an den oder die Nachbegünstigten, sind in einem Rang mehrere begünstigte Personen ohne feste Quoten vorhanden, führt dies gemäss Art. 84 Abs. 4 zu einem Anwachsen der Anteile der übrigen Begünstigten zu gleichen Teilen.
Art. 78 Versicherung zugunsten Dritter, c. Natur des dem Begünstigten zustehenden Rechtes (neuer Absatz 2)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	Art. 78 VVG ist unverändert beizubehalten (der neue Absatz 2 ist zu streichen). Die bisherige Regelung von Artikel 78 bewährt sich in der Praxis. Eine Änderung drängt sich in keiner Art und Weise auf. Fehlen Begünstigte/ Nachbegünstigte, steht der Anspruch auf die fällige Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer beziehungsweise dessen Erben zu. Das Recht auf Errichtung/ Änderung der Begünstigung ist ein höchstpersönliches Recht des Versicherungsnehmers. Mit der vorgesehenen Änderung wird in dieses Recht unnötigerweise eingegriffen, es wird eingeschränkt. Der Versicherungsnehmer kann heute völlig frei entscheiden, wer im Leistungsfall den Anspruch erwerben soll. Zu diesem Entscheid gehört auch zu bestimmen, was bei Vorabsterben des Begünstigten mit der Leistung geschehen soll. Soll sie – an vom Versicherungsnehmer zu bezeichnende - so genannte «Nachbegünstigte» gehen oder soll sie in den Nachlass

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		des Versicherungsnehmers fallen, wenn dieser keine oder ebenfalls vorverstorbene Nachbegünstigte bezeichnet hat. Es ist davon auszugehen, dass der Versicherungsnehmer bewusst auf die Bezeichnung von (weiteren) Nachbegünstigten verzichtet hat. Andernfalls hätte er die Bezeichnung der Begünstigten mit dem Nachsatz «bei deren Fehlen zu Gunsten ihrer Erben» bezeichnet. Dies will aber der Versicherungsnehmer offenbar nicht, da er mit den «Erben des Begünstigten» keinen oder keinen engen Kontakt hat; dem Versicherungsnehmer stehen seine eigenen Erben offenbar näher als die Erben der ausdrücklich bezeichneten begünstigten Person. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die unnötige Änderung für das Versicherungsunternehmen im Einzelfall einen sehr grossen zusätzlichen administrativen Aufwand zur Folge haben und die Klärung der Anspruchsberechtigung/Leistungsauszahlung enorm verzögern könnte.
Art. 90 Umwandlung und Rückkauf a. Im allgemeinen (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	<i>Hinweis SVV</i> Die Änderung von Art. 90 ist nicht Bestandteil des Rückweisungsantrags des Parlaments (unter Vorbehalt von Anpassungen an den E-Commerce) und wird abgelehnt. Der SVV beantragt andernfalls folgende Änderung in Art. 90 Abs. 2 VE-VVG: «² Unterschreitet der Umwandlungswert den vorgesehenen Mindestwert, richtet das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer eine angemessene Entschädigung den Rückkaufswert aus.»

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		Der Passus «angemessene Entschädigung» wird abgelehnt. Angemessenheit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Konflikte sind somit vorprogrammiert. Demgegenüber sind Umwandlungswert und Rückkaufswert technisch definierte (eindeutige) Begriffe, die bei der praktischen Umsetzung keine Probleme bieten. Der fragliche Passus ist somit durch «Rückkaufswert» zu ersetzen.
III. Zwingende Bestimmungen (neuer Gliederungstitel)		
Art. 97 Vorschriften, die nicht abgeändert werden dürfen (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	<i>Hinweis SVV</i> Die vorgeschlagene Änderung von Art. 97 VVG wird abgelehnt. Eine Änderung des Katalogs der zwingenden Bestimmungen ist nicht Bestandteil des Rückweisungsantrags des Parlaments. Der Katalog der zwingenden Bestimmungen wird ohne Begründung ausgeweitet.
Art. 98 Vorschriften, die nicht zuungunsten des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten abgeändert werden dürfen (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	<i>Hinweis SVV</i> Die vorgeschlagene Änderung von Art. 98 VVG wird abgelehnt. Eine Änderung des Katalogs der teilzwingenden Bestimmungen ist nicht Bestandteil des Rückweisungsantrags des Parlaments. Der Katalog der teilzwingenden Bestimmungen wird ohne Begründung ausgeweitet (siehe z.B. Art. 38 VVG, welcher ohne Begründung in den Katalog der teilzwingenden Bestimmungen aufgenommen soll).

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
Art. 98a Ausnahmen (neu)	Direkter parlamentarischer Auftrag: angemessene Eingrenzung des Schutzbereichs	Gemäss Beurteilung des SVV vermag Art. 98a VE-VVG nicht zu überzeugen. Wir schlagen folgende Änderung vor: «Art. 98a VE-VVG 1 Die Artikel 97 und 98 gelten nicht bei Kredit- oder Kautionsversicherungen, soweit es sich um Versicherungen von beruflichen oder gewerblichen Risiken handelt, und bei Transportversicherungen. Sie gelten auch nicht bei professionellen Versicherungsnehmern oder Grossrisiken: 2 Als professionelle Versicherungsnehmer gelten: a. Vorsorgeeinrichtungen und Einrichtungen, die der beruflichen Vorsorge dienen; b. Finanzintermediäre nach dem Bankengesetz vom 8. November 1934 und dem Kollektivanlagengesetz vom 23. Juni 2006; c. Versicherungsunternehmen nach dem VAG; d. ausländische Versicherungsnehmer, die einer gleichwertigen prudenziellen Aufsicht unterstehen wie die Personen nach den Buchstaben a–c; e. öffentlich-rechtliche Körperschaften, Anstalten und Stiftungen mit professionellem Risikomanagement; f. Unternehmen mit professionellem Risikomanagement; g. öffentlich-rechtliche Körperschaften, Anstalten und Stiftungen sowie Unternehmen, die vor Vertragsabschluss schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis von Text ermöglicht, erklären, dass sie als professionelle Versicherungsnehmer gelten wollen (Opting-out). 3 Als Grossrisiken gelten Versicherungsnehmer, die bei Vertragsabschluss bei mindestens zwei der drei folgenden Kriterien die Obergrenzen überschreiten:

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		1. Bilanzsumme: 6,2 Millionen Franken; 2. Nettoumsatz: 12,8 Millionen Franken; 3. 250 Vollzeitstellen im Jahresdurchschnitt. Gehört der Versicherungsnehmer zu einer Unternehmensgruppe, für die eine konsolidierte Jahresrechnung (Konzernrechnung) erstellt wird, so werden die genannten Kriterien auf die Konzernrechnung angewandt.» Begründung: – Transportversicherungen sind de lege lata vom Geltungsbereich der halbzwingenden Bestimmungen ausgenommen (Art. 98 Abs. 2 VVG; für die zwingenden Bestimmungen vgl. Art. 97 Abs. 2). Dies sollte auch so bleiben und nicht auf Versicherungen von gewerblichen oder beruflichen Risiken beschränkt werden. Zum Schutz der Konsumenten könnte eine Gegenausnahme für Reiseversicherungen gemacht werden (so seinerzeit im Entwurf zur VVG-Totalrevision vorgesehen), wobei es sich bei Reiseversicherungen nicht um reine Transportversicherungen handelt. – Staatlichen und insbesondere gewerblichen und industriellen Versicherungsnehmern soll die Möglichkeit offenstehen, mittels Opting-Out in ihrem eigenen Interesse von einer grösseren Vertragsfreiheit profitieren zu können. Beispielsweise besteht bei internationalen Versicherungsprogrammen im Hinblick auf international abgestimmte Versicherungslösungen ein ausgewiesenes Bedürfnis nach mehr Flexibilität bei der Vertragsgestaltung. – Nach dem parlamentarischen Auftrag ist der Schutzbereich bei Grossrisiken und bei professionellen Versicherungsnehmern einzuschränken. Grossrisiken sind nicht

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		per se mit professionellen Versicherungsnehmern gleichzusetzen; Dies umso weniger, als der unbestimmte Rechtsbegriff «professionelles Risikomanagement» zur Abgrenzung wenig taugt. Im Sinne der Rechtssicherheit soll diesbezüglich auf klare und beim Vertragsabschluss einfach feststellbare Kriterien abgestellt werden können. Dabei macht es Sinn, auf Kriterien abzustellen, welche für die Definition von Grossrisiken in der europäischen Solvency II-Richtlinie gelten und bereits früher in Art. 101b Abs. 6 VVG Eingang gefunden haben. Bei den ersten zwei Schwellenwerten kann der Einfachheit und Praktikabilität halber auf Franken- statt auf Euro-Beträge abgestellt werden. Zudem soll in Bezug auf diese Schwellenwerte auf eine Konzernbetrachtung abgestellt werden können (vgl. dazu Stephan Fuhrer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Rz. 2.86, sowie die analoge Regelung in der Solvency II-Richtlinie).
IV. Schlussbestimmungen		
Art. 102 Verhältnis des neuen Rechtes zum alten Rechte (Aufgehoben)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	In der Vernehmlassungsvorlage fehlt eine Übergangsbestimmung. Eine solche ist in der Botschaft vorzusehen. Die neuen und revidierten Bestimmungen des VVG werden die Prozesse in den Versicherungsgesellschaften unter anderem in folgenden Bereichen bedeutend beeinflussen: – Produkteentwicklung – Kundendokumente / Versicherungsbedingungen (Prüfung, Anpassung und Neudruck)

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
		– Risikobewertung und –übernahme (Underwriting) – Vertragsmanagement, Kundenservice – Schadenmanagement, Betrugserkennung – Ausbildung (Vertrieb, Kundendienst) Es ist daher eine Übergangsbestimmung nötig. In dieser ist zwischen bestehenden und neuen Versicherungsverträgen wie folgt zu differenzieren: – Bestehende Verträge (Abschluss vor Inkrafttreten des revidierten Rechts): Es ist das Prinzip der Nichtrückwirkung von Gesetzen zu beachten (siehe Art. 9 Bundesverfassung und Art. 1 ff. Schlusstitel zum ZGB). Für bestehende Versicherungsverträge hat somit grundsätzlich das bisherige VVG weiterzugelten. Zumal eine Rückwirkung auch mit Neuverhandlungen und unerwünschten Folgen für beide Vertragsparteien verbunden wäre (Prüfung und Anpassung der Altverträge an rückwirkend anwendbare Neuregelungen / neue Leistungen und voraussichtlich Prämienenerhöhung für Bestandskunden). – Neue Verträge (Abschluss nach Inkrafttreten des revidierten VVG): Es ist eine angemessene Übergangsfrist von mindestens zwei Jahren vorzusehen.
Änderung anderer Erlasse		
VAG		

VE-VVG 6. Juli 2016	Auftrag Parlament	Erläuterungen betreffend zentrale Anliegen und Hinweise SVV
Art. 2 Geltungsbereich (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	<i>Hinweis SVV</i> Wir verweisen auf die geplante Revision des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG / Sanierungsrecht). Es wäre sachlich sinnvoll, die vorliegende Thematik (d.h. die Art. 2, 2bis und 86 E-VAG) im Zusammenhang mit der geplanten VAG-Revision zu prüfen. Zumal aufgrund der Ausführungen im erläuternden Bericht keine zeitliche Dringlichkeit für eine vorgeschobene VAG-Revision besteht. Eine Änderung dieser VAG-Bestimmungen ist zudem nicht Bestandteil des Rückweisungsbeschlusses des Parlaments und auch keine Folge der vorliegenden VVG-Teilrevision.
Art. 2 ^{bis} Pflichten von Unternehmen und Personen nach Artikel 2 Absätze 2 Buchstaben d–e und 3 (neu)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	
Art. 86 Übertretungen (Änderung)	Kein direkter parlamentarischer Auftrag	

Beilage 2

Teilrevision VVG**Hinweise und Anliegen SVV zum elektronischen Geschäftsverkehr**

Nachfolgend unterbreiten wir die Gedanken der Privatassekuranz zum elektronischen Geschäftsverkehr und machen Vorschläge für die Umsetzung im VVG.

1 Allgemeine Bemerkungen

Die elektronische Entwicklung ist nicht aufzuhalten. Die Digitalisierung hat unter den Begriffen Fintech bzw. Insurtech in jüngster Zeit an Fahrt aufgenommen und auch im Versicherungswesen Einzug gehalten. Das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat diesen Entwicklungen Rechnung tragen. Der Versicherungsbranche und die Kundinnen und Kunden soll der Zugang zu einem kompletten elektronischen Geschäftsverkehr ermöglicht werden und dies in allen Vertragsstadien, das heisst über die ganze Wertschöpfungskette der Versicherungsgeschäfte. Das bedingt einerseits, das VVG technologieneutral zu formulieren und Begriffe und Formulierungen, die den elektronischen Geschäftsverkehr behindern, zu eliminieren. Andererseits sollen elektronischen Mitteilungen beziehungsweise elektronischen Policen zugelassen und damit Rechtssicherheit geschaffen werden. Zudem gilt es, digitale Prozesse zu ermöglichen. Konkret heisst dies:

- Die ganze Wertschöpfungskette ist aus Unternehmens- und aus Kundensicht zu betrachten.

Mit Blick auf Online- und Mobile-Versicherungen soll es möglich sein, Policen auch elektronisch anzubieten. Das bedingt Anpassungen von Art. 11 VVG/VE-VVG (Police) und Art. 13 VE-VVG (Rechtliche Natur der Police; Abtretung und Verpfändung). Wir schlagen vor, technologieneutrale Begriffe zu verwenden. Policen sollen nicht nur mit elektronischer Signatur, sondern auch in anderen digitalen Formen, die sich der technologischen Entwicklung anpassen, möglich sein. Verwiesen werden kann beispielhaft auf die Geschäftsbücherverordnung (221.431) und die Verordnung des EFD über elektronische Daten und Informationen EIDI-V (641.201.511), welche die zulässigen Datenträger, die sichere Datenübermittlung wie auch die sichere Datenhaltung regelt.

- Begriffe wie «ausstellen», «aushändigen», «übergeben», «im Besitze sein», «der Post zu übergeben» sind zu streichen und Formulierungen zu verwenden, die der digitalen Welt Rechnung tragen (vgl. Ziff. 4).
- Die Alternative «oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht», ist zu zurückhaltend in den Entwurf des VVG integriert worden. Auch der moderne Konsument hat ein Interesse daran, dass er nicht in die Schriftform gezwungen wird. (vgl. Ziff. 3). Bei den Bestimmungen zu den Kündigungsrechten schlagen wir vor, auf Formvorschriften zu verzichten. Unsres Erachtens sollte der jeweiligen Partei überlassen werden, die Form zu wählen, die sie – zwecks Nachweis der entsprechenden Willenserklärung beziehungsweise Beweissicherung – für geeignet erachtet.
- Eine Definition der Textform ist – wie vorgeschlagen – im VVG nicht erforderlich. Die Formulierung «schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht» ist technologieneutral.

2 Formulierungsvorschläge

Art. 11 VVG/VE-VVG (Police)

¹ Das Versicherungsunternehmen stellt dem Versicherungsnehmer eine Police zur Verfügung, die die Rechte und Pflichten der Parteien festhält.

² Es muss dem Versicherungsnehmer auf Verlangen eine Kopie der im Antrag enthaltenen oder anderweitig abgegebenen Erklärung des Antragsstellers, auf deren Grundlage die Versicherung abgeschlossen wurde, ~~ausstellen~~ zur Verfügung stellen.

Art. 13 VE-VVG (Rechtliche Natur der Police; Abtretung und Verpfändung)

Der Anspruch aus einem ~~Summenversicherungsvertrag~~ Lebensversicherungsvertrag kann weder durch Indossierung noch durch einfache Übergabe der Police abgetreten oder verpfändet werden. Abtretung und Verpfändung bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Textform und – je nach Ausgestaltung der Police gemäss Art. 11 der physischen oder elektronischen Übergabe Zustellung der Police sowie der schriftlichen Anzeige an das Versicherungsunternehmen in schriftlicher Form oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht.

3 Flexibilisierung der Formvorschriften

Gegenstand / Dokument	Form-schrift	Artikel	Antrag SVV	Bemerkun-gen
Widerruf des Versiche-rungsnehmers	Textform ¹	Art. 2a Abs. 1 VE-VVG	Textform	
Informationspflicht des Versicherungsunterneh-mens	Textform	Art. 3 Abs. 3 VE-VVG	Textform	
Kündigung wegen Verlet-zung der Informations-pflicht	Schrift-form ²	Art. 3a Abs. 1 VVG	keine Formvor-schrift bei Kündi-gungsrechten	«durch schriftliche Erklärung» streichen
Antragsfragen Versiche-rungsunternehmen	Textform	Art. 4 Abs. 1 VE-VVG	Textform	
Antworten Versicherungs-nehmer auf Antragsfra-gen	Textform	Art. 4 Abs. 1 VE-VVG	Textform	
Kündigung wegen Verlet-zung der Anzeigepflicht	Schriftform	Art. 6 Abs. 1 VE-VVG	keine Formvor-schrift bei Kündi-gungsrechten	«durch schriftliche Erklärung» streichen
Vorläufige Deckungszusa-gen	Schriftform	Art. 9 Abs. 4 VE-VVG	Textform	
Ausstellung der Police	Schriftform	Art. 11 Abs. 1 VE-VVG	Textform bzw. auch elektronisch	
Abtretung und Verpfän-dung der Police	Schriftform	Art. 13 Abs. 1 VE-VVG	Textform bzw. auch elektronisch	
Abtretung oder Verpfän-dung der Police: Anzeige Versicherungsnehmer an	Schriftform	Art. 13 Abs. 1 VE-VVG	Textform bzw. auch elektronisch	

¹ Textform bedeutet gemäss VE-VVG schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht.

² Schriftform bedeutet einfache Schriftlichkeit nach Art. 12 ff. OR (d.h. Erfordernis einer eigenhändigen Unterschrift).

Gegenstand / Dokument	Form-schrift	Artikel	Antrag SVV	Bemerkun-gen
Versicherungsunterneh-men				
Mahnung bei Zahlungs-verzug des Versicherungs-nehmers	Textform	Art. 20 Abs. 1 VE-VVG	Textform	
Gefahrserhöhung (An-zeige Versicherungsneh-mer an Versicherungsun-ternehmen)	Textform	Art. 28 Abs. 1 VE-VVG	Textform	
Kündigung wegen Ge-fahrserhöhung	Schriftform	Art. 28 Abs. 2 VE-VVG	keine Formvor-schrift bei Kündi-gungsrechten	«schriftlich» streichen
Kündigung des Versiche-rungsnehmers wegen Prä-mienerhöhung	Schriftform	Art. 28 Abs. 3 VE-VVG	keine Formvor-schrift bei Kündi-gungsrechten	«schriftlich» streichen
Gefahrsminderung (Kün-digung des Versiche-rungsnehmers)	Schriftform	Art. 28a Abs. 1 VE-VVG	keine Formvor-schrift bei Kündi-gungsrechten	«schriftlich» streichen
Gefahrsminderung (Kün-digung des Versiche-rungsnehmers nach ver-weigerter Prämienreduktion)	Schriftform	Art. 28a Abs. 2 VE-VVG	keine Formvor-schrift bei Kündi-gungsrechten	«schriftlich» streichen
Ordentliche Kündigung	Schriftform	Art. 35a Abs. 1 VE-VVG	keine Formvor-schrift bei Kündi-gungsrechten	«schriftlich» streichen
Schadenanzeige	Vereinba-rung zur Schriftform möglich	Art. 38 Abs. 1 VVG	Vereinbarung zur Schriftform mög-lich	

Gegenstand / Dokument	Form-schrift	Artikel	Antrag SVV	Bemerkun-gen
Aufforderung zur Substan-tiierung eines Schaden-falls unter Androhung ei-nes Anspruchsverlustes	Schriftform	Art. 39 Abs. 2 Ziffer 2 VVG	Textform	
Anspruchserhebung (Vo-raussetzung für das Auslö-sen der Pflicht zur Be-zeichnung einer Meldestelle)	Textform	Art. 44 Abs. 1 VE-VVG	Textform	
Mehrfachversicherung: Mitteilung des VN an VU	Textform	Art. 46b Abs. 1 VE-VVG	Textform	
Kündigung des Versiche-rungsnehmers bei Un-kenntnis Mehrfachversi-cherung	Schriftform	Art. 46b Abs. 2 VE-VVG	keine Formvor-schrift bei Kündi-gungsrechten	«schriftlich» streichen
Handänderung (Ableh-nung Vertragsübergang)	Textform	Art. 54 Abs. 2 VE-VVG	keine Formvor-schrift bei Kündi-gungsrechten	«schriftlich oder in ei-ner ande-ren Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht» streichen
Kündigung des Versiche-rungsunternehmens nach Handänderung	Schriftform	Art. 54 Abs. 3 VE-VVG	keine Formvor-schrift bei Kündi-gungsrechten	«schriftlich» streichen
Zustimmung der versicher-ten Person zum Abschluss einer Versicherung auf ihr Leben	Schriftform	Art. 74 Abs. 1 VE-VVG	Schriftform	

Gegenstand / Dokument	Form-schrift	Artikel	Antrag SVV	Bemerkun-gen
Genehmigung bei Änderung der Begünstigung durch die versicherte Person	Schriftform	Art. 74 Abs. 1 VE-VVG	Schriftform	
Erklärung der Unwiderrufbarkeit einer Begünstigung	Schriftform	Art. 77 Abs. 2 VVG	Schriftform	
Ausserordentliche Kündigung eines Lebensversicherungsvertrages durch Versicherungsnehmer	Schriftform	Art. 89 VE-VVG	keine Formvorschrift bei Kündigungsrechten	«schriftlich» streichen
Androhung der Verwertung eines Policendarlehens	Textform	Art. 44 Abs. 1 VE-VVG	Textform	

4 Streichung von Begriffen aus der «alten Welt»

Artikel	Antrag SVV
Art. 3 Abs. 2 VVG	1. Satz: «zu übergeben» ersetzen durch «zur Verfügung zu stellen» 2. Satz: «im Besitz sein» ersetzen durch «die Möglichkeit haben, die ... jederzeit einzusehen»
Art. 77 Abs. 2 VVG	«übergeben» ersetzen durch «zur Verfügung gestellt»



Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern

regulierung@gs-efd.admin.ch

Bern, 26. Oktober 2016

VERNEHMLASSUNG

zum

Entwurf zur Teilrevision des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für Ihre freundliche Einladung zur Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren vom 6. Juli 2016. Der Schweizerische Verband der Versicherungs-Generalagenten ergreift diese Möglichkeit gerne und reicht Ihnen die nachstehende Vernehmlassung ein. Diese beschränkt sich auf die Fragen der Versicherungsvermittlung sowie auf wenige ausgewählte Themen und kann - da nur wenige Berührungspunkte bestehen - kurz gehalten werden.

Kurzportrait des SVVG

Der SVVG ist der **Berufsverband der Versicherungs-Generalagenten** der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein. Er wurde **1933** gegründet und ist parteipolitisch und konfessionell unabhängig. Mit einem **Organisationsgrad von über 85 %** ist er ein echter Repräsentant dieses Berufsstandes. Er ist Gründungsmitglied und Mitglied des erweiterten Vorstandes des Bipar (Fédération européenne des intermédiaires d'assurances), das 53 nationale Verbände von Agenten und Maklern aus 32 Ländern vereinigt.

Generalagenten sind **Inhaber oder Leiter einer Versicherungs-Generalagentur** oder einer Versicherungsgeschäftsstelle. Sie arbeiten nach den **Grundsätzen der Exklusivität** mit einer konzessionierten privaten Versicherungsgesellschaft, einer ihrer Direktionen oder einem Generalbevollmächtigten zusammen.

Sie erfüllen für ihre Gesellschaft in der Regel akquisitorische, organisatorische und Schulungs- auch Führungsaufgaben. Ca. **75 %** sind für ihre Gesellschaft als **selbstständige Unternehmer** tätig, 25 % arbeiten auf der Grundlage von Anstellungsverträgen. Die Generalagenten beschäftigen auf ihren Generalagenturen im **Durchschnitt 20 Vollzeitmitarbeitende** im Innen- und Aussendienst. Gesamtschweizerisch sind unter ihrer Führung **ca. 10'000 Versicherungsvermittlerinnen und -vermittler** tätig. Sie stellen in der schweizerischen Wirtschaft sowohl als **Arbeitgeber und Ausbilder** (insbesondere Lehrlingsausbilder) wie auch als **Produzenten hochwertiger Dienstleistungen** einen wesentlichen Faktor dar. Sowohl als Berufsstand wie auch als Verband blicken sie auf eine mehr als 80-jährige Tradition und Geschichte zurück. Sie verstehen sich ausnahmslos als Unternehmer und Arbeitgeber, als Verband haben sie eine patronale Orientierung.

In der Sache

1. Umfang der Revision

Am 22.10.2012 hat die Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrates (WAK-N) den Entwurf einer Totalrevision des Versicherungsvertragsgesetzes beraten und die Rückweisung des Geschäftes an den Bundesrat beschlossen mit folgendem Auftrag¹:

"Es sollen nur notwendige Änderungen auf Grundlage des geltenden Rechts im Rahmen einer (weiteren) Teilrevision des VVG vorgenommen werden. Die Teilrevision soll umfassen bzw. berücksichtigen:

- 1. Das geltende VVG ist beizubehalten und nur punktuell zu optimieren. Dabei sind insbesondere bewährte Bestimmungen und solche, die bereits im Rahmen der Teilrevision 2006/2007 geändert wurden, unverändert beizubehalten.*
- 2. Änderungen des geltenden VVG nur soweit nötig (auch angesichts der Kostenfolgen), wie z.B.:*
 - angemessenes Widerrufsrecht (vgl. Art. 7 Vorlage)*
 - gesetzliche Regelung der vorläufigen Deckung (vgl. Art. 23 Vorlage)*
 - Zulassung der Rückwärtsversicherung (vgl. Art. 24 Vorlage)*
 - Beseitigung der konsumentenfeindlichen Genehmigungsfiktion (Art. 12 VVG)*
 - Angemessene Verlängerung der Verjährungsfristen*
 - Ordentliches Kündigungsrecht (vgl. Art. 52 der Vorlage; Verhinderung von „Knebelverträgen“)**Dabei sind unnötige Eingriffe in die Vertragsfreiheit zu vermeiden.*
- 3. Angemessene Eingrenzung des Schutzbereichs: vgl. Grossrisiken gemäss Vorlage als Schritt in diese Richtung.*
- 4. Es sind generell anerkannte, nicht auslegungsbedürftige Begriffe zu verwenden (VVG als Ergänzungserlass zum OR; Einheit der Rechtsordnung).*
- 5. Dem elektronischen Geschäftsverkehr ist Rechnung zu tragen."*

Es wäre wünschenswert, dass sich die Teilrevision so weit wie möglich an diesem Auftrag orientiert und damit den Weg bereitet, dass sich längst fällige und anerkannte Anliegen insbesondere auch eines zeitgemässen Kundenschutzes ohne weitere Verzögerungen in der politischen Diskussion verwirklichen lassen. Namentlich gilt es nicht zuletzt im Interesse der Rechtssicherheit zu vermeiden, unlängst bereits revidierte Bestimmungen ohne Not neuerlich abzuändern. Weitere Ausführungen dazu erfolgen - soweit der gebundene Versicherungsvertrieb betroffen ist - hiernach.

¹ Fahne Nationalrat, Wintersession 2012, 11.057 n Versicherungsvertragsgesetz. Totalrevision, S. 1

- Der SVVG beantragt Ihnen deshalb: Der **Revisionsumfang** sei vorbehältlich zwingender Ausnahmen **auf den Auftrag der WAK-N vom 22.10.2012 zu beschränken**.

2. Art. 2a / 2b Widerrufsrecht

Obwohl im schweizerischen Vertragsrecht richtigerweise die seltene Ausnahme vom Prinzip "Verträge sind einzuhalten", begrüsst der SVVG grundsätzlich das gegenüber dem Entwurf der Totalrevision nunmehr in reduziertem Umfang vorgeschlagene Widerrufsrecht. Richtigerweise wird es auf den Abschluss beschränkt und das Widerrufsrecht bei Änderung bzw. Verlängerung fallen gelassen.

Keine sachliche Rechtfertigung erkennt der SVVG allerdings darin, das Widerrufsrecht im Gegensatz zu praktisch allen EU-Staaten nicht auf Lebensversicherungsverträge zu beschränken. Es trifft zwar zu, dass es auch ausserhalb der Lebensversicherung komplexe Versicherungsverträge gibt, allerdings nicht im Massengeschäft, sondern ausschliesslich im Firmenkundengeschäft, wo dem Versicherer bzw. den Vermittlern kompetente Partner gegenüberstehen, die kein derartiges Schutzbedürfnis aufweisen. Im Massengeschäft hingegen (von dem vorläufige Deckungszusagen, Laufzeiten von weniger als einem Monat sowie gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungen vom beabsichtigten Widerrufsrecht ohnehin schon ausgenommenen sind), könnte das Widerrufsrecht zu erheblichem unnützem Aufwand führen, indem der Versicherungsnehmer in der Gewissheit, ja dann noch zurücktreten zu können, davon entbunden wird, sich vor Vertragsabschluss hinreichend zu informieren. Darin liegt ein falscher Anreiz, nicht wirklicher Verbraucherschutz und Kundennutzen. Ein derart weit reichendes Widerrufsrecht steht auch im Widerspruch zu den bereits weit gehenden vorvertraglichen Informationspflichten der Versicherer, welche noch ausgebaut werden sollen. Vom potentiellen Versicherungsnehmer² darf erwartet werden, dass er rechtzeitig die Informationen nutzt, die von Gesetzes wegen zur Verfügung gestellt werden müssen mit dem erklärten Ziel, *dass der einmal geschlossene Vertrag seiner Natur gemäss tatsächlich auf einer übereinstimmenden gegenseitigen Willensäusserung im Sinne von Artikel 1 Absatz 1 OR basiert und im Ergebnis den wohlverstandenen Intentionen der Parteien entspricht*³. Das Widerrufsrecht hat sich deshalb auf langfristige Versicherungsverhältnisse mit bedeutenden wirtschaftlichen Konsequenzen zu beschränken, was praktisch ausschliesslich bei Lebensversicherungsverträgen zutrifft.

- Der SVVG beantragt Ihnen deshalb: **Das Widerrufsrecht sei auf Lebensversicherungsverträge zu beschränken**.

3. Art. 3 Informationspflicht des Versicherers

Die vorvertraglichen Informationspflichten sind unlängst in Teilrevisionen (per 1.1.2006 und 2007) revidiert bzw. eingeführt worden. Sie sind bereits sehr umfassend, wenn nicht gar zu weit gehend. Studien⁴ belegen, dass der "Information Overload" mittlerweile zu einem Problem geworden ist. Der Kundenschutz kann

² Zur leichteren Lesbarkeit wird ausschliesslich die männliche Form verwendet, welche die weibliche mit einschliesst

³ Erläuternder Bericht zur Vernehmlassungsvorlage, S. 20, Art. 3 a.E.

⁴ (Universität St. Gallen, Institut für Versicherungswirtschaft: *Konsumentenschutz aus Kundensicht: Eine empirische Studie im Schweizer Versicherungsmarkt*, S. 137, Ziffer 7.2 **Kundeninformation – weniger ist mehr**)

deshalb mit zusätzlichen Informationen nicht wirklich verbessert werden, im Gegenteil. Der SVVG erkennt deshalb weder Bedarf noch Rechtfertigung für eine neuerliche Erweiterung dieser Aufklärungspflichten. Dies umso mehr, als der Aufwand der Generalagenten für die Sensibilisierung und fachliche Qualifizierung ihrer Aussendienstmitarbeiter im Hinblick auf diese Informationspflichten und die Kosten der Versicherungsunternehmen für die administrative Umsetzung erheblich waren und teilweise nunmehr erneut anfallen würden. Der Kundennutzen zusätzlicher Informationen wie Summen- oder Schadenversicherung, die mit einer rückkaufsfähigen Lebensversicherung verbundenen Kosten (die - ganz abgesehen von der Vertraulichkeit dieser Daten - unter den Versicherungsgesellschaften zufolge unterschiedlicher Komponenten und deren Gewichtungen nicht wirklich vergleichbar und deshalb wenig aussagekräftig sind), die Frist zur Einreichung einer Schadenanzeige (die im Schadenfall längst vergessen sein dürfte) oder Prämienanpassungsvorbehalt ist gering, wenn nicht sogar fraglich und rechtfertigt die daraus entstehenden Kosten nicht.

Von diesen Überlegungen ausgenommen ist lediglich die Aufklärung des Kunden über das neu eingeführte Widerrufsrecht.

- Der SVVG beantragt Ihnen deshalb: **Art. 3 sei um lit. h zu ergänzen, im Weiteren in seiner bisherigen Form zu belassen.**

4. *Art. 34 Verantwortlichkeit des Versicherers für seine Vermittler (Aufhebung)*

Die Aufhebung und damit die Beseitigung einer unnötigen Doppelspurigkeit werden befürwortet. Seit der Teilrevision von 2004 kommt Art. 34 VVG keine selbständige Bedeutung mehr zu und Art. 101 OR bietet gleichwertigen Rechtsschutz.

- Der **SVVG befürwortet die Aufhebung.**

5. *Art. 45 Vertragsverletzung*

Das geltende Recht sieht für den Fall der Verletzung von Obliegenheiten durch den Versicherungsnehmer oder den Anspruchsberechtigten lediglich die Möglichkeit der Exkulpation vor (Nachweis, dass die Verletzung den Umständen nach als unverschuldete anzusehen ist). Die Einführung des Kausalitätserfordernisses zwischen Obliegenheitsverletzung und Eintritt bzw. Umfang des Schadens wird durch den SVVG als langjähriges berechtigtes Postulat des Verbraucherschutzes begrüsst. Selbst bei Vorliegen einer Vertragsverletzung sind Leistungskürzungen unbillig und haben einen ausgeprägt pönalen Charakter, wenn die Obliegenheitsverletzung weder den Eintritt des Ereignisses begünstigt noch das Schadenquantitativ beeinflusst. Dieser Kausalzusammenhang wird in der Regel kaum Beweisprobleme stellen. Davon klar zu unterscheiden sind dann allerdings die weiter gehenden Rechte des Versicherungsunternehmens bis hin zur Vertragsauflösung aus wichtigem Grund.

- Der **SVVG begrüsst die Einführung des Kausalitätserfordernisses** zwischen Obliegenheitsverletzung und Eintritt bzw. Umfang des Schadens

6. *E-Commerce*

Der SVVG unterstützt die reinen Textanpassungen des Vorentwurfes zur Ermöglichung einer umfassenden elektronischen Geschäftsabwicklung. Es handelt sich um ein Gebot der Stunde, dem sich die Schweizer Politik und Rechtsetzung im internationalen Vergleich bislang zu wenig zugewendet und sich dadurch einen erheblichen Rückstand eingehandelt hat.

➤ **Der SVVG unterstützt die Ermöglichung der elektronischen Geschäftsabwicklung.**

Wir danken Ihnen bestens für die Aufmerksamkeit, welche Sie dieser Stellungnahme entgegenbringen und bitten Sie um wohlwollende Berücksichtigung unserer Argumente und Vorschläge.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Sig.

Jérôme Sadania, Präsident SVVG

Sig.

Michel Chresta, Vizepräsident SVVG



Touring Club Suisse
Corporate Center
Legal & Compliance
Chemin de Blandonnet 4
1214 Vernier

www.tcs.ch
info@tcs.ch
Tél. + 41 58 827 27 74
Fax + 41 58 827 51 37

TCS, Legal & compliance, CP 820, CH - 1214 Vernier

Département fédéral des finances
Service juridique du DFF
Bernerhof
3003 Berne

Par e-mail : regulierung@gs-efd.admin.ch

Date 27 octobre 2016
Votre message Procédure de consultation LCA
Interlocuteur Lionel Eicher
E-mail lionel.eicher@tcs.ch
Ligne directe + 41 58 827 27 74

Révision de la loi sur le contrat d'assurance – procédure de consultation

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous donner l'occasion de nous prononcer sur ce projet de révision.

Le Touring Club Suisse (TCS) n'est pas seulement une organisation de consommateurs active dans le domaine de la mobilité, mais fournit aussi des prestations de services à ses quelque 1.5 millions de membres. A ce titre, il exploite également deux sociétés d'assurance, une pour la protection juridique et l'autre pour des prestations d'assistance et d'assurance voyage (TCS Livret ETI).

De ce fait, nous nous permettons de commenter la révision mise en consultation d'un point de vue consolidé d'organisation de consommateurs et de prestataire de service que nous sommes en même temps.

1. Remarques générales

De manière générale, le TCS salue le présent projet de révision partielle. Plusieurs des modifications proposées contribuent effectivement à une meilleure lisibilité de la loi, à clarifier certains points et à améliorer la protection des assurés, soit notamment la suppression de la fiction d'approbation sans réserves de la police d'assurance, l'introduction d'un droit de résiliation ordinaire et d'un droit d'action directe contre l'assureur dans l'assurance RC, la simplification de la réparation du dommage en cas d'assurance multiple et l'amélioration de la systématique.

Certaines propositions se révèlent néanmoins inadaptées selon le type d'assurance ou les caractéristiques du produit (couverture immédiate, durée limitée, faible montant des primes, etc.). Ou alors elles risquent de générer des frais et coûts administratifs supplémentaires importants, pour des gains marginaux en terme de prestations pour les assurés ou de protection des consommateurs. Il ne faut pas perdre de vue que ces coûts seront au final répercutés sur les primes payées par les assurés. Or, le „mandat“ des Chambres fédérales stipule expressément que les conséquences financières des modifications doivent être considérées dans le cadre de la révision. D'autres propositions risquent de générer une insécurité juridique préjudiciable aussi bien aux assurés qu'aux assureurs. Enfin, certains points devraient être précisés ou complétés.

Les points contestés de la révision sont énumérés ci-dessous sous chiffre 2. Remarques spécifiques.

2. Remarques spécifiques

2.1	Art. 2a – droit de révocation
-----	-------------------------------

Le droit de révocation doit être limité aux contrats d'assurance-vie, comme c'est le cas dans la majorité des pays de l'UE.

Le droit de révocation contribue en partie à déresponsabiliser le preneur d'assurance (on signe, on réfléchit ensuite). La LCA prévoit déjà que si le consommateur n'est pas correctement informé et ne dispose pas des documents prescrits, il peut résilier le contrat (art. 3 et 3a LCA).

Plus gênant, le droit de révocation induit un potentiel d'abus selon le type d'assurance, notamment pour les risques limités dans le temps et les couvertures immédiates. Ceci risque d'avoir pour conséquence que les assureurs vont systématiquement implémenter des délais d'attentes (entrée en vigueur de la couverture d'assurance 15 jours après la conclusion du contrat), ce qui n'est pas dans l'intérêt des assurés.

Partant, il convient de suivre les lignes directrices établies par le parlement :

- Compte tenu de leur complexité, du montant des primes et de leur durée, et de ce qui prévaut au niveau européen, un droit de révocation se justifie et est donc « adéquat » pour les contrats d'assurance-vie.
- Pour les autres contrats, selon le type de contrat et les circonstances de la conclusion, les inconvénients l'emportent clairement sur les avantages. Au surplus, il convient de maintenir la liberté contractuelle, qui n'interdit pas aux entreprises d'assurance de prévoir un droit de révocation, pour les produits qui s'y prêtent.

Finalement, la révocation devrait dans tous les cas intervenir sous la forme écrite exclusivement (à l'exclusion de la forme simplifiée). Elle est assimilable à une résiliation.

2.2	Art. 10 – assurance rétroactive
-----	---------------------------------

Pas d'opposition sur le principe, puisque selon le rapport il existe un besoin dans la pratique. Il s'agit toutefois d'un changement de paradigme. L'actuel article 9, qui prévoit la nullité du contrat si le sinistre est déjà survenu, constitue le fondement du droit des assurances en Suisse et contribue à éviter les fraudes et abus.

Ainsi, le principe de l'article 9 devrait être maintenu et la couverture rétroactive devrait être réglée en sus, comme exception, dans un alinéa ou un article séparé de la LCA.

La couverture rétroactive doit de plus être expressément convenue entre les parties. L'alinéa 1 de la proposition devrait être précisé en ce sens comme suit :

1 Les effets du contrat peuvent débiter à une date antérieure à celle de sa conclusion, si un intérêt assurable existe *et que les parties en conviennent expressément*.

Nous nous permettons enfin de noter que la formulation française de l'alinéa 1 nous semble plus juste que la version allemande.

2.3	Art. 18 al. 1 – « le preneur est obligé au paiement de la prime » - suppression
-----	--

Selon le rapport (page 27 ad art. 18), l'al. 1 de l'art. 18 actuel énonce une évidence dans le droit des contrats. Il est de plus non contraignant et peut donc être abrogé.

Il est une autre évidence dans le droit des contrats, c'est que les principaux contrats spéciaux font l'objet d'une définition recouvrant les principales prestations des parties. Or, bien qu'il fasse l'objet d'une loi particulière (sans compter la législation sur la surveillance), le contrat spécial d'assurance n'est toujours pas défini dans la législation. Le paiement d'une prime est l'un des cinq éléments qui caractérisent l'assurance selon la jurisprudence. Et comme l'on ambitionne avec cette révision de faciliter la compréhension de la LCA également par les « *simples* » *preneurs d'assurance* (rapport, ch. 1.1.2. page 8), **il est souhaitable de maintenir l'alinéa 1 de l'art. 18, aussi évident et dispositif soit-il.** Il est souvent bon d'énoncer les choses simples.

2.4	Art. 27 à 31 - modification du contrat, aggravation et diminution du risque
-----	--

Ces propositions dépassent le cadre du mandat fixé par le Parlement.

Par ailleurs, elles sont compliquées et sujettes à interprétation. Toute déclaration du preneur d'assurance peut potentiellement avoir une conséquence pour la détermination du risque et de la prime. Qu'est-ce qu'un „fait important“, une „modification essentielle“ ? La mise en œuvre serait extrêmement lourde du point de vue administratif, et disproportionnée pour les produits d'assurance standards, de durée annuelle, avec des primes peu élevées. Ce qui pourrait à son tour avoir un impact sur les primes d'assurance. D'autre part, l'introduction d'un droit de résiliation ordinaire (art. 35a du projet) vient diminuer le besoin de protection des assurés en cas de diminution du risque.

Partant, il convient de renoncer à la modification proposée.

2.5	Art. 35b – résiliation extraordinaire
-----	--

Cette proposition dépasse le cadre du mandat fixé par le Parlement.

Aussi, l'alinéa 2 en particulier ouvre la voie à des discussions et interprétations sans fin et donc à l'insécurité juridique. L'introduction d'un droit de résiliation ordinaire (art. 35a du projet) vient diminuer la nécessité de protéger les assurés dans ce contexte également.

Partant, cette modification n'est pas opportune.

2.6	Art. 35c – prolongation de couverture (Nachhaftung)
-----	--

Cette proposition dépasse le cadre du mandat fixé par le Parlement.

Elle semble cependant à première vue plaisante et favorable aux assurées. La loi ne définit toutefois ni le sinistre, ni le moment de sa survenance (qui peut être le moment de la survenance de l'événement à l'origine du dommage, le moment de la survenance du dommage, et/ou le moment de la formulation de la demande de réparation). Ces éléments sont réglés différemment selon les branches et les types d'assurance, voire d'un assureur à l'autre. Il est donc possible que d'autres branches d'assurances doivent faire l'objet d'une exception à l'alinéa 2 si l'on ne veut pas remettre en question l'évaluation des risques sur laquelle les contrats (et les primes) reposent. La mise en œuvre de cette disposition susciterait ainsi de nombreuses questions d'interprétation voire des litiges, et donc de l'insécurité juridique. Elle risque d'autre part d'avoir un impact financier important pour les assureurs (sinistres supplémentaires, constitution de réserves), et donc au final sur les primes des assurés.

Le TCS émet donc des réserves quant à cette proposition. A elle seule, sans définition légale du sinistre et du moment de sa survenance, il est douteux qu'elle atteigne son objectif. Elle risque de créer plus de problèmes qu'elle n'en résout.

2.7	Art. 38 al. 1bis – délai pour la remise de l'avis de sinistre
-----	--

Cette proposition dépasse le cadre du mandat fixé par le Parlement.

Par ailleurs, à part des discussions interminables, on voit mal ce que cette précision apporte. Elle est superfétatoire, et en soi contradictoire avec le texte clair de l'alinéa 1, qui stipule que l'avis de sinistre doit être fait *aussitôt* que l'ayant droit a connaissance du sinistre et de ses droits. D'éventuels abus peuvent être corrigés par le biais de l'art. 2 CC.

Cette modification proposée n'est ainsi pas opportune et doit être rejetée.

2.8	Art. 45 al. 1 lit. b – violation de ses obligations par le preneur ou l'ayant-droit – introduction d'un critère de causalité
-----	---

L'introduction de ce critère de causalité dépasse le cadre fixé par le Parlement.

Les obligations imposées aux assurés peuvent certes sembler parfois très contraignantes si l'on considère le contrat individuel. Mais elles visent à garantir des prestations optimales et à contenir les coûts (et donc les primes !) de manière globale, également dans l'intérêt des assurés.

Avec l'introduction d'un critère de causalité, l'assureur, dans bien des cas, ne sera pas en mesure de démontrer que la violation de son obligation par l'ayant-droit a eu une incidence sur le sinistre ou l'étendue des prestations *dans un cas concret*. En conséquence, les sanctions prévues contractuellement ne s'appliqueront jamais, même en cas de comportement fautif de l'assuré, rendant ces obligations et incombances sans effets. Or, le non-respect généralisé de leurs obligations par les ayants-droits (auquel cette proposition ouvre la voie) conduira inévitablement et *globalement* à une hausse des coûts et donc des primes.

Aussi intéressant que la proposition puisse sembler à première vue pour les assurés, elle n'est pas opportune et doit donc être rejetée.

2.9	Art. 46 – le délai de prescription passe de 2 à 5 ans
-----	---

Le TCS est sur le principe favorable au délai de prescription de 5 ans, mais estime que la cohérence avec le reste de l'ordre juridique doit être garantie pour des motifs de sécurité juridique. En particulier, le délai de prescription relatif de l'art. 83 al. 1 LCR devrait également passer de 2 à 5 ans, compte tenu du droit d'action directe du lésé déjà implémenté à l'art. 65 LCR.

De manière générale, il conviendra de coordonner ce point avec la révision du droit de la prescription qui est toujours en cours, de manière à éviter que des couvertures d'assurances se prescrivent alors que l'assuré peut toujours être actionné en dommages-intérêts.

2.10	Art. 46b al. 2 – droit de résiliation en cas de double-assurance
------	--

Cette proposition dépasse le cadre du mandat fixé par le Parlement.

De plus, ici également, la mise en œuvre sera compliquée et ouvrira la porte à des discussions sans fin : il existe de plus en plus de produits d'assurance combinés, qui couvrent plusieurs risques différents. Mais ces produits ne sont pas structurés de la même manière d'une assurance à l'autre, et couvrent donc rarement exactement les mêmes risques. La mise en œuvre d'une telle disposition semble dès lors difficile et en particulier disproportionnée pour les primes peu élevées et les assurances annuelles.

L'introduction d'un tel nouveau droit de résiliation ne semble dès lors pas opportune.

2.11	Art. 98a Exception pour grands risques et les preneurs d'assurance professionnels
------	---

Le TCS est favorable à cette proposition. Le critère de « gestion professionnelle des risques » figurant aux lettres e) et f) est toutefois assez vague et sujet à interprétation. Il devrait dans la mesure du possible être précisé, au moins dans le message.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Touring Club Suisse



Peter Goetschi
Président central



Rechtsberatungsstelle UP
für Unfallopfer und Patienten
Wir kennen Ihre Rechte.

Eidg. Finanzdepartement
Generalsekretariat EFD
Rechtsdienst
Bundesgasse 3
3003 Bern

Bern, 19. September 2016

Revision des Versicherungsvertragsgesetzes Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Beschluss vom 6. Juli 2016 hat der Bundesrat die Vernehmlassung zum Entwurf eines teil-revidierten Versicherungsvertragsgesetzes (E-VVG) eröffnet. Die Vorlage ist von zentraler Bedeutung, dies mit Rücksicht auf den Versichertenschutz. Kaum ein Gesetz scheint aus Sicht der Konsumenten derart revisionsbedürftig zu sein, wie das VVG. Der vorgeschlagene Revisionsentwurf bringt wesentliche Verbesserung, wenn auch gleichzeitig ausgeführt werden muss, dass noch einiges zusätzliches Verbesserungspotential vorhanden wäre.

Wir erlauben uns nachfolgend einige Bestimmungen zu kommentieren.

Art. 2a sowie 2b E-VVG Widerrufsrecht

Das vorgesehene Widerrufsrecht ist zu begrüßen und stellt eine wesentliche Verbesserung dar, welche nunmehr dem Geist von Art. 40a OR entspricht. Dadurch wird der derzeit unbefriedigende Zustand behoben, nach welchem der Antragssteller kein Recht hat, einen einmal gestellten Antrag zu widerrufen.

Art. 3 E-VVG Aufklärungspflichten

Die zusätzlichen Informationspflichten, insbesondere auch zur Frage, ob Schaden- oder Summenversicherung werden begrüsst.

Art. 6 E-VVG Anzeigepflicht

Die bisherige Regelung, wonach Gefahrentatsachen nach der Antragstellung bis zum Vertragsschluss noch zu melden waren, war problematisch. Den Antragstellern war diese eigenartige und konsumentenfeindliche Regelung nicht bekannt. Es wird daher begrüsst, wenn neu der massgebende Zeitpunkt für die Beurteilung der Vollständigkeit bzw. der Richtigkeit der Deklaration von Gefahrentatsachen der Zeitpunkt der Beantwortung der Risikofragen ist.

Art. 10 E-VVG Rückwärtsversicherung

Die bisherige Formulierung gemäss Art. 9 VVG ist problematisch. Insbesondere im Bereich der Krankentaggeldversicherung kann dies dazu führen, dass ein Versicherungsunternehmen sich auf die Nichtigkeit berufen kann, auch wenn sie gar nicht nach vorbestandenen Krankheiten gefragt haben und diese dann im Laufe des Versicherungsverhältnisses zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. War beispielsweise ein Versicherter bereits früher wegen psychischen Problemen kurze Zeit arbeitsunfähig und wird er im neuen Arbeitsverhältnis aus denselben Gründen wieder arbeitsunfähig, kann sich die Versicherung auf das Rückwärtsversicherungsverbot beziehen, was dann dazu führt, dass keine Leistungen gesprochen werden. Selbst für den Fall, dass nicht nach vorbestehenden Krankheiten gefragt wurde. Im extremen Fall kann es dazu führen, dass ein Arbeitnehmer ein entsprechendes Gesundheitsrisiko, obwohl er beim Stellenantritt gesund und arbeitsfähig war, gar nicht mehr versichern kann resp. ihm keine Leistungen zukommen.

Art. 10 E-VVG ist nun aber in dieser Hinsicht zu wenig klar verfasst. So soll es gemäss Abs. 1 den Parteien überlassen sein, ob sie die Versicherung im Sinne einer echten Rückwärtsversicherung auf einen Zeitpunkt vor Abschluss des Vertrages zurückbeziehen wollen. Es ist absehbar, dass sich die Versicherungen darüber hinwegsetzen und es letztlich bei der bisherigen unbefriedigenden Regelung bleibt.

Art. 46 E-VVG Verjährung

Die Verlängerung der Verjährungsfrist auf fünf Jahre wird begrüsst, wobei auch hier festzuhalten ist, dass diese Frist ebenfalls unzulänglich kurz ist. Es sei erwähnt, dass Forderungen in aller Regel mit Ablauf von zehn Jahren verjähren (Art. 127 OR). Es ist nicht einsehbar, weshalb diese obligationenrechtliche Verjährungsfrist nicht tel quel ins Versicherungsvertragsgesetz übernommen werden.

Art. 59 E-VVG Haftpflichtversicherung

Dass gewisse Einreden (Grobfahrlässigkeit, Vorsatz, unterbliebene Prämienzahlung etc.) künftig im Aussenverhältnis nicht mehr vorgebracht werden können, ist sehr positiv. Bedauerlich ist einzig, dass diese Regelung nur für Pflichtversicherungen vorgesehen ist.

Art. 60a E-VVG Direktes Forderungsrecht und Auskunftsrecht

Wir unterstützen die vorgeschlagene Fassung ausdrücklich. Mit dieser Bestimmung können Streitigkeiten direkt zwischen der Versicherung und dem Geschädigten ausgetragen werden. Unternehmen oder Betriebe müssen nicht mehr damit rechnen, bei internen Haftungsfällen direkt gerichtlich belangt zu werden. Mit dem direkten Forderungsrecht analog der Regelung im SVG ist sodann gewährleistet, dass eine Streitsache sachlicher und emotionsloser geklärt werden kann. Der Betrieb oder das Unternehmen ist nicht mehr direkt passiv legitimiert.

Wir ersuchen Sie, sehr geehrte Damen und Herren, höflich, unsere Anliegen bei der Ausarbeitung der Revision zu berücksichtigen und danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme bestens.

Mit freundlichen Grüßen.



David Husmann
Co-Präsident
Rechtsberatungsstelle UP
für Unfallopfer und Patienten



Vereinigung Schweizerischer Versicherungs-Inhouse-Broker
Swiss Association of Insurance Inhouse-Brokers

Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern

Christian Grünenfelder, Präsident

Risk Management Kanton St. Gallen
Davidstrasse 37
9001 St. Gallen
G: 058 229 70 44
F: 058 229 70 29
christian.gruenenfelder@gvasg.ch
www.vib-inhousebroker.ch

St.Gallen, 26. September 2016

Vernehmlassung zum Versicherungsvertragsgesetz – Stellungnahme der Vereinigung Schweizerischer Versicherungs-Inhouse-Broker (V.I.B)

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir zur Vernehmlassung wie folgt Stellung:

Artikel	Neuer Gesetzestext	Antrag/Begründung
Artikel 9 Absatz 4 – Vorläufige Deckungszusage	<i>Vorläufige Deckungszusagen sind schriftlich zu bestätigen.</i>	Antrag: Die Formulierung soll heissen: „Vorläufige Deckungszusagen können formlos vereinbart werden.“ Begründung: Mit den heutigen Kommunikationsmitteln werden Deckungszusagen auch per Mail bestätigt.
Artikel 35 Absatz 1 – Anpassung der Versicherungsbedingungen	<i>Eine Vertragsbestimmung, wonach das Versicherungsunternehmen die Versicherungsbedingungen einseitig anpassen kann, ist nichtig, soweit es sich nicht um Versicherungen von beruflichen und gewerblichen Risiken handelt.</i>	Antrag: Den Wortlaut in dem Sinne revidieren, dass neue Versicherungsbedingungen nur zukünftig vereinbart – und nicht bereits in Kraft stehenden – Policen zugrunde gelegt werden können. Begründung: Nach dem Prinzip von Treu und Glauben ist es auch bei der Versicherung von beruflichen und gewerblichen Risiken stossend, wenn die Versicherungsbedingungen während der Vertragsdauer vom Versicherer einseitig angepasst werden können.
Artikel 60a – Direktes Forderungsrecht und Auskunftsanspruch	¹ Die geschädigte Person hat im Rahmen der Versicherungsdeckung ein direktes Forderungsrecht gegen das Versicherungsunternehmen. Vorbehalten bleiben Einwendungen und Einreden, die ihr das Versicherungsunternehmen aufgrund des Gesetzes oder des Vertrags entgegenhalten kann. ² Die geschädigte Person kann von der haftpflichtigen Person Auskunft über deren Haftpflichtversicherungsschutz	Antrag: Die Bestimmung streichen Begründung: Das direkte Forderungsrecht gegen Versicherungsunternehmen bei nicht obligatorischen Haftpflichtversicherungen führt zu einer ungleichen Behandlung von Geschädigten und wird de facto zu weiteren Versicherungsobligatorien im Bereich der gewerblichen und industriellen Betriebshaftpflichtversicherung führen. Zudem obliegt bei einer Verschuldungshaftung dem geschädigten Dritten die volle Beweislast und dessen Nachweis, damit er das direkte Forderungsrecht geltend machen könnte. Somit bietet das direkte Forderungsrecht dem Geschädigten kaum Vorteile. Im Weiteren ist zu beachten, dass namentlich bei Grossunternehmen die Haftpflichtversicherungen als Instrument des Bilanzschutzes als Selbstfinanzierungslösungen ausgestaltet sind und die tatsächlich auf einen Versicherer transferierten Risiken hohe Ereignis- und oder Jahreselbstbehalte beinhalten.

	<i>verlangen. ³ Dieser Artikel findet auf die nicht obligatorische Haftpflichtversicherung für reine Vermögensschäden keine Anwendung.“</i>	Das vorgeschlagene direkte, pauschale Forderungsrecht bietet keine Gewähr zur Verbesserung der Situation des Geschädigten, hingegen schränkt es die Bereitschaft des Haftpflichtigen für einen einvernehmlichen Vergleich ein. Im Weiteren ist die Auskunftspflicht betreffend Haftpflichtversicherungsschutz eines Unternehmens abzulehnen. Mit der Mitteilung von internen Informationen über Versicherungspolicen – auch wenn nur auszugsweise – würden geschäftsrelevante, mitunter vertrauliche und sicherheitsrelevante Unternehmensdaten über den Kreis der Geschädigten hinaus bekannt. Dies führt u.U. zur Verletzung des Datenschutzes zu Lasten des Versicherten.
--	---	--

Wir bitten Sie, unsere Anträge in die weiteren Arbeiten zur Revision des VVG einfließen zu lassen.

Freundliche Grüsse

Christian Grünenfelder
Präsident

Tolga Ece
Vizepräsident

Einschreiben
Eidgenössisches Finanzdepartement
Rechtsdienst EFD
Bernerhof
3003 Bern

Kontakt Otto Hubacher
Telefon +41 (0)31 320 22 69
E-Mail otto.hubacher@irv.ch

Bern, 16. September 2016

Revision des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 6. Juli 2016 haben Sie uns eingeladen, zur geplanten Revision des Versicherungsvertragsgesetzes Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Nach eingehender Prüfung der Vernehmlassungsunterlagen können wir Ihnen mitteilen, dass wir die geplante Revision grundsätzlich begrüssen. Das VVG wird insgesamt kundenfreundlicher ausgestaltet und entledigt sich etlicher, in den letzten Jahrzehnten festgestellter Unsicherheiten.

Dementgegen bitten wir um Anpassung der folgenden Punkte:

Art. 10a VE-VVG

Das VVG ist lex specialis zum Obligationenrecht (OR). In diesem Kontext ist Art. 10a VE-VVG eine unnötige Redundanz zu Art. 20 OR, der den hiermit zu regelnden Sachverhalt bereits vollumfänglich abzudecken vermag. Aus dem genannten Grund erachten wir eine Streichung von Art. 10a VE-VVG als folgerichtig.

2. Abschnitt („Haftpflichtversicherung“)

Der Abschluss einer Haftpflichtversicherung durch Privatpersonen ist heutzutage De-facto-Standard und dient nicht zuletzt auch der Wohlfahrt, in dem existenzbedrohende Schadenersatzansprüche aufgefangen werden können. Häufig verzichten jedoch gerade wirtschaftlich schlechter gestellte Menschen auf den Abschluss einer Privathaftpflichtversicherung, um – kurzfristig betrachtet – Kosten einsparen zu können. Die Folgen hiervon sind häufig doppelter Natur: Im Ereignisfall muss die geschädigte Person für die Heilung oder Reparatur selbst

aufkommen und dem Schädiger bzw. der Schädigerin verbleiben teils enorme Schulden. Aus den genannten Gründen erachten wir die Einführung eines Privathaftpflicht-Versicherungsbobligatoriums als fällige Notwendigkeit und sehen die geplante Revision des VVG als Möglichkeit an, dieses Versäumnis zu beheben.

Art. 59 Abs. 2 VE-VVG

Die Einführung des Einredenausschlusses gegenüber der geschädigten Person bei obligatorischen Haftpflichtversicherungen ist eine grundsätzlich zu befürwortende Neuerung. Dem Wortlaut nach gilt diese Regelung indessen nur gegenüber der „geschädigten Person“. Unklar bleibt, ob er auch gegenüber der Personen- bzw. Sachversicherung der geschädigten Person zum Tragen kommt. Sowohl bei Sach- als auch bei Personenschäden dürfte diese Konstellation heutzutage die Norm sein und es ist kein Grund ersichtlich, warum der Norm hier die Anwendung verwehrt bleiben sollte. Aus diesem Grund sind wir der Ansicht, dass der Absatz entsprechend präzisiert werden müsste.

Art. 60a Abs. 2 VE-VVG

Die gesetzliche Verankerung eines direkten Forderungsrechts gegenüber der Haftpflichtversicherung im VVG ist ebenfalls eine zu begrüßende Neuerung. Es ist an dieser Stelle jedoch zu befürchten, dass sich der Informationsanspruch durch die geschädigte Person gegenüber dem Versicherungsnehmer – mangels Sanktionsmöglichkeiten – kaum wird durchsetzen lassen.

Art. 95c Abs. 2 und Abs. 3 insbesondere lit. c VE-VVG

Die Ausdehnung des Regressrechts in Art. 95c Abs. 2 VE-VVG ist zu begrüßen. Auch macht es Sinn, nicht mehr nur wie im geltenden Art. 72 Abs. 3 VVG Familienangehörige und Hausgenossen zu privilegieren. Wenn aber pauschal Personen privilegiert werden sollen, die gemäss Art. 95c Abs. 3 lit. c VE-VVG „ermächtigt sind, die versicherte Sache zu nutzen“ kann das so interpretiert werden, dass dieser Personenkreis auch Mieter und juristische Personen umfasst.

Eine solche Ausweitung des Kreises privilegierter Personen entspricht weder dem allgemeinen Rechtsverständnis noch der ratio legis des geltenden Art. 72 Abs. 3 VVG. Durch das Regressprivileg soll verhindert werden, dass Personen in Anspruch genommen werden, die durch den Geschädigten, wegen dessen enger Beziehung zu ihnen, nicht in Anspruch genommen würden. Die Beziehung zwischen Mieter und Vermieter hat diese Qualität nicht. Es ist nicht ersichtlich, weshalb der Vermieter bei einer schuldhaften Schadenzufügung durch seinen Mieter darauf verzichten sollte, diesem gegenüber Schadenersatzansprüche durchzusetzen. Der Mieter ist schliesslich durch den Mietvertrag (Art. 257f Abs. 1 OR) auch dazu verpflichtet, die Sache sorgfältig zu gebrauchen (vgl. zum ganzen BGE 4A_133/2014, insbesondere auch zur Relevanz dieser VVG-Bestimmung für die Kantonalen Gebäudeversicherungen trotz grundsätzlicher Ausnahme vom VVG).

Bei der Privilegierung gegenüber Rückgriffsansprüchen von Versicherungen ist auch zu bedenken, dass dabei der haftpflichtrechtliche Grundsatz gemäss Art. 41 OR, der für jedes fahrlässige Handeln eine Verantwortung statuiert, ausgehebelt wird. Die durch das Haftpflichtrecht beabsichtigte Verhaltenssteuerung erfordert eine sachgerechte Kostenzuweisung, weshalb Privilegierungen eng gehalten und nicht auf ganze Haftungsgruppen ausgeweitet werden sollten. Die Belastungen sollten im Rahmen einer sinnvollen Kostenverteilung

(Erläuternder Bericht zur Vernehmlassungsvorlage, Art. 98 Abs. 2, Seite 51) bei der Risikogemeinschaft der Schadenverantwortlichen verbleiben. Für Mieterschäden wiederum sollten, soweit eine Haftung nach OR besteht, grundsätzlich die Privathaftpflichtversicherungen aufgenommen. Es wäre weiter auch hinsichtlich der Präventionsbemühungen im Brandschutz nicht förderlich, Mieter beim Regress zu privilegieren.

Art. 95c Abs. 3 lit. c VE-VVG sollte deshalb ersatzlos gestrichen werden oder sollte lauten: „ermächtigt sind, die versicherte Sache *unentgeltlich* zu nutzen“.

Art 95c Abs. 3 VE-VVG sollte zusammengefasst – um systemwidrige Ausuferungen durch die Rechtsprechung zu verhindern – generell enger gefasst und auf Personen beschränkt werden, die „in einer engen, *persönlichen* Beziehungen zum Versicherten stehen.“

Art. 103 Abs. 2 VVG

Die öffentlich-rechtlich organisierten Kantonalen Gebäudeversicherungen sind aufgrund von Art. 98 Abs. 3 der Bundesverfassung (e contrario) vom Anwendungsbereich des VVG ausgenommen. Das Gesetz hat diesem Umstand bisher nur – aber immerhin – mit Art. 103 Abs. 2 VVG Rechnung getragen. Durch dessen ersatzlose Streichung würde dem VVG jedweder Hinweis auf besagte Ausnahme entzogen wodurch es an Anwendungsfreundlichkeit, gerade für den juristischen Laien, einbüßen würde. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, votieren wir dafür, dass Art. 103 Abs. 2 VVG als neuer Absatz in Art. 101 VE-VVG („Nicht unter das Gesetz fallende Rechtsverhältnisse“) aufgenommen wird. Hierfür regen wir die nachfolgende Formulierung an: „Ebenfalls nicht berührt von diesem Gesetz werden die kantonalen Vorschriften über Versicherungsverhältnisse, die bei den von den Kantonen organisierten Versicherungsanstalten entstehen.“

Wir bitten Sie um wohlwollende Prüfung unserer Anliegen und stehen Ihnen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Vereinigung Kantonaler
Gebäudeversicherungen VKG

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Stefan Aeschmann'.

Stefan Aeschmann
Direktor

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Otto Hubacher'.

Otto Hubacher
Leiter Rechtsdienst